الفصل ١

❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖••

طبيعة الاكتئاب

هناك رياح عاتية تسمى "المسترال" تهب على جنوب فرنسا، وتتسم بالجفاف والبرودة الشديدة، وتصاحبها زيادة حادة في حالات الاكتئاب. وتهب على بافاريا، من ناحية الألب عندما يذوب الجليد، رياح جنوبية دافئة تسمى "دير فون". وعندما تعصف هذه الرياح بميونخ، يزداد معدل الانتحار لعدة أيام. وبالنسبة لكثير من الناس، عادة ما يرتبط عيد الميلاد بمزاج حزين وشعور بالوحدة. كما أن الربيع فصل كثيراً ما يصاب الناس فيه بالاكتئاب. ومن الشائع أيضاً ما يعرف باسم "ردود الأفعال السنوية"، وهي أمزجة اكتئابية تتكرر في نفس الوقت من العام الذي وقعت فيه أحداث أزعجتنا في السنوات السابقة، وذلك من قبيل: "في نفس هذا الشهر منذ عامين توفي أبي" أو "في مثل هذا الوقت من العام الماضي، كنت أمر بأسوأ مراحل الطلاق".

غير أن الاكتئاب لا يقتصر على أوقات أو أماكن معينة؛ لأنه في الأساس رد فعل للضغوط. إذن فالاكتئاب حالة مزاجية يمكن أن تحدث *لأي إنسان في أي وقت*. فأكثر من ١٧٪ من البالغين في الولايات المتحدة مروا في وقت ما من حياتهم بدرجة اكتئاب كبيرة. ولكن مع الأسف، كثير جداً من هؤلاء لا يدركون أنهم مكتئبون.

يجد كثير من الناس صعوبة في معرفة أنهم مكتئبون. غالباً ما يكون هناك خلط بين الاكتئاب والشعور العادي بالتعاسة، الذي يعني أن تكون حزيناً أو غاضباً عندما تسوء الأمور، إلا أنه لا يعني عدم رؤية الأشياء من منظور سليم. وكل إنسان يتعرض في حياته لظروف تسبب له الحزن. ومن ناحية أخرى، فإن الاكتئاب حالة مزاجية تؤثر على نزعات الناس العاطفية، فتقرر كيف يرون أنفسهم وبيئتهم المحيطة. علق أحد الرجال في جلسة علاجية بقوله: "هناك فارق حقيقي بين الشعور بالحزن والاكتئاب". فعندما ينشأ خلاف بيني وبين زوجتي، أحزن وأكره الوضع الذي نحن فيه. ولكن هذا جزء من الحياة، وبعد وقت قصير نسبياً نتصالح. ربما أكون مهموماً، ولكني أستطيع أن أنام طوال الليل وأشعر رغم كل شيء بأنني في حالة معنوية جيدة".

وأضاف: "ولكن عندما أكون مكتئباً، فهذا أمر مختلف. فالألم يكون مهيمناً. ويكاد هذا الألم يتحول إلى ألم بدني. يصيبني الأرق في الليل، وعندما أنام لا أستطيع مواصلة النوم حتى الصباح. ورغم أنه تظل هناك أوقات أشعر فيها بارتفاع معنوياتي، فإن تلك الحالة المزاجية تعتريني كل يوم تقريباً، وتصبغ نظرتي لكل شيء في الحياة. فإذا تشاجرت أنا وزوجتي، بدا زواجنا وكأنه ميئوس منه. وإذا تعرضت لمشكلة في عملي –كانت في الظروف العادية ستصيبني ببعض التوتر والإحباط إلا أنني كنت سأتعامل معها فوراً وبالشكل المناسب– أشعر وكأنني رجل أعمال تافه وأصارع مشكلة الثقة بالنفس بدلاً من الاكتفاء بالتعامل مع القضايا التي أمامي".

وتزيد صعوبة التعرف على الاكتئاب نتيجة المفاهيم الخاطئة الشائعة حول طبيعة الحالة المزاجية. فعلى الرغم من أن كثيراً من الناس يقولون إنهم مكتئبون، فإنهم في الحقيقة لا يتكلمون عن الاكتئاب؛ لأنهم يعتقدون أن الاكتئاب الحقيقي مرض عقلي خطير. وخوفاً من تداعيات المرض النفسي، يعتبرون الاكتئاب حالة شديدة ربما تكون جزءاً من دورة الهوس الاكتئابي، أو تصيب الناس بعجز خطير يجبرهم على دخول المستشفى. ولكن هذه الأمثلة الدرامية على الاكتئاب لا تمثل إلا قطاعاً صغيراً من مجموعة كبيرة من الأفراد المكتئبين؛ فالأغلبية العظمى من المكتئبين يعانون من صور خفيفة نسبياً من الاكتئاب؛ خطيرة ولكن يتم تجاهلها بسهولة. ونتيجة لذلك، كثيراً ما يصعب على معظمهم فهم الصور الأكثر خطورة للسوداوية. لذا فإنهم ينظرون للاكتئاب على أنه شيء يحدث للآخرين ولا يمكن أن يحدث لهم.

علاوة على ذلك فإن عدداً كبيراً من الناس يعتبرون شعورهم بالاكتئاب في مواجهة الضغوط علامة على الضعف، وبالتالي، مصدراً للحرج. باختصار يفضل كثير منا تجاهل علامات الاكتئاب بدلاً من الاعتراف بأن *الاكتئاب هو رد الفعل الصحي الوحيد للكثير من المواقف الحياتية*.

الاكتئاب استجابة نفسية بيولوجية شائعة للضغوط. فعلى مدار حياتنا، يضطر كل إنسان منا إلى التعامل مع العديد من الضغوط. ونظراً لأن البشر عبارة عن وحدات نفسية بيولوجية، وكل فكرة وشعور يسفر عن تغير ملازم له في كيمياء الجهاز العصبي، فإنهم يستجيبون للضغوط ويتعاملون معها على مستوى بدني ونفسي. ولهذا، فإن عدوى فيروسية شديدة قد تتسبب في فترة من الاكتئاب العقلي، كما أن موت شخص عزيز قد يولد مشاعر اكتئابية تشتمل على عناصر بدنية. ولأن البشر كائنات اجتماعية أيضاً، فإن ردود أفعالهم تؤثر على بيئتهم وتتأثر بدورها باستجابة هذه البيئة.

ربما ينظر المرء إلى التقلبات اليومية العادية في المزاج باعتبارها حالات خفيفة من الاكتئاب. وكل إنسان تقريباً يمر بلحظات ينتابه فيها شعور بالضآلة، أو الحساسية الزائدة عن المعتاد، أو الرغبة في البكاء. وتشتمل العلامات المميزة للاكتئاب على تدني الروح المعنوية، وصعوبة النوم، وفقد تقدير الذات، وفقد القدرة على رؤية الأمور في نصابها. وتشتمل التغيرات الأخرى المرتبطة بالاكتئاب على الإرهاق، وفقد الحيوية، والرغبة في تجنب الناس، وتدني الرغبة الجنسية، وضعف الشهية، وفقد الوزن، وفرط الحساسية، والخوف، وسرعة الغضب، والشكاوى البدنية دون سبب يمكن تشخيصه. إلا أن هذه العلامات نادراً ما تظهر جميعاً معاً، بل كثيراً ما تبرز منها واحدة أو أخرى، كالمشكلات الجنسية على سبيل المثال. ويلاحظ كثير من الأطباء النفسيين في عياداتهم أن الرجال والنساء الذين يشكون من نقص الرغبة الجنسية ومشكلات في الأداء الجنسي مصابون بالاكتئاب في واقع الأمر، مما يسهم في متاعبهم الجنسية ويفاقمها.

كثير من الناس لا يدركون أنهم مكتئبون؛ لأنهم لا يربطون بين العلامة أو العلامتين الدالتين على الاكتئاب اللتين لاحظوهما والتغير العام في أمزجتهم. وحيث إنهم لا يفكرون في الانتحار بالقفز من النافذة، أو تناول جرعة زائدة من الحبوب

المنومة، فإنهم لا يستطيعون إدراك أنهم مصابون بالاكتئاب بنفس درجة تأثر الأشخاص الذين يعانون أسابيع من الخوف والجزع كرد فعل شديد وحاد للضغط وينهارون في محاولة متناقضة للتكيف معه وعدم التكيف معه في الوقت ذاته.

الاكتئاب الحاد

يمكن تقسيم ردود الفعل الاكتئابية تقسيماً اعتباطياً إلى نوعين: نوع حاد مؤقت، ونوع طويل الأجل أو مزمن. الاكتئاب الحاد عبارة عن تغير مزاجي مؤلم، وشديد، وقصير الأجل، ومباشر، ويمكن للمرء عادة أن يتعافى منه خلال فترة زمنية معقولة. وقد يستمر هذا النوع لأسابيع أو حتى شهور، ولكن كقاعدة، تتناسب شدة رد الفعل ومدته مع طبيعة الأحداث المسببة له. فبينما نجد أنه من غير الملائم بلا شك أن يصاب المرء باكتئاب عميق بعد رفض توظيفه مرتين أو ثلاثاً، فإن الشعور بالاكتئاب لمدة ستة أشهر أو أكثر عقب تجربة طلاق أمر طبيعي تماماً.

قد تكون الاستجابة الاكتئابية الحادة بسيطة للغاية: بضع ساعات من الحزن، أو شعور عابر بالرفض، أو يوم أو يومان من خيبة الأمل. وقد يشتد عندما يكون الضغط المسبب له خطيراً والشخص الذي يعاني منه حساساً بشكل استثنائي لذلك النوع من الضغوط. أصيبت امرأة بالغة من العمر ٤٢ سنة باكتئاب حاد بعد موت أمها وابنها ذي الثمانية عشر عاماً في حادث سيارة. أصيبت بحالة اضطراب شديد، ولم تكن تستطيع النوم، وامتنعت عن تناول الطعام، ورفضت الحديث مع أي إنسان، وكثيراً ما كانت تفكر في الرغبة في الموت. وبعد حصولها على مساعدة طبية، اجتازت المرحلة الأشد من رد فعلها في غضون بضعة أشهر وتعلمت تدريجياً تقبل الأحداث الكارثية. لقد حماها رد فعلها الحاد -بالرغم من كونه مؤلماً وموجعاً- من الإصابة بحالة مزمنة ومريرة من الاكتئاب.

تفيد نوبات الاكتئاب الحاد كمتنفس للمشاعر القوية، وباعتبارها كذلك، فإنها طريقة ضرورية ومطلوبة للاستجابة لبعض التغيرات الحياتية الكبرى، مثل الخسارة. فبعض الأحداث، مثل فقد الوظيفة، أو موت الزوج أو الزوجة، أو أمراض الطفولة الخطيرة، تكون مزعجة ومهددة بالنسبة لمعظم الناس. كما أن إنهاء علاقة حب أو زواج من المحتمل أن يتسبب أيضاً في حالة اكتئاب، خاصة عند إضافة عنصر

الرفض الشخصي. ومع زيادة معدل الطلاق على مدار العقود القليلة الماضية، بات التمزق العائلي مثيراً شائعاً للاكتئاب لدى الأطفال كما هو بالنسبة للآباء. ويتحدد رد فعل الفرد تجاه خسارة معينة حسب شخصيته. فبعض الناس يتأثرون أكثر من غيرهم بالخسارة نتيجة لتجارب الطفولة، مثل فقد أحد الوالدين أو كليهما بسبب الموت أو الطلاق.

بالإضافة إلى الصلة بين الاكتئاب والخسارة، فإن التعرض لعدد كافٍ من الضغوط خلال فترة زمنية محدودة يمكن أن يتسبب في رد فعل اكتئابي لدى أي شخص تقريباً، وذلك كما أوضح الطبيب النفسي "يوجين بايكل" وآخرون. وليس بالضرورة أن تكون هذه الأحداث محناً فقط. فإذا نال شخص ما ترقية كبيرة مثلاً، وتم نقله إلى مكان آخر من البلاد، وخسر مبلغاً كبيراً من المال في البورصة، وحضر حفل تخرج ابنه الوحيد في الجامعة، وكل هذا في غضون بضعة أشهر، فمن المحتمل أن يصاب بشيء من الاكتئاب؛ إنها استجابة طبيعية للضغوط المتراكمة. ويمكن أن يكون رد فعله محيراً له نفسه وللآخرين لأن معظم هذه التغيرات يمكن اعتبارها جيدة بوجه عام.

وبعبارة أخرى نقول إن وقوع سلسلة من التغيرات الكبيرة -سواء كانت جيدة أو سيئة- في فترة زمنية قصيرة من شأنه أن يصيب معظم الناس بالاكتئاب. وهنا تتضح على الفور علاقة هذه النتيجة بالمجتمع الأمريكي، المتخم بالتشوش والتمزق في القيم وأنماط الحياة.

لابد أن يستجيب البشر نفسياً للضغوط. إلا أن كلاً من الإفراط والتفريط في الاستجابة يمثل مشكلة. فإذا لم يظهر الفرد أي استجابة في مواجهة ضغط خطير، ينبغي الاشتباه في أنه يكبت شعوره بالاكتئاب، وهو بذلك يخاطر كثيراً بإظهار رد فعل متأخر بعد شهور، أو الدخول في الصورة الأكثر استمرارية ومكراً من صور الاكتئاب، وهو الاكتئاب المزمن الذي قد ينشأ أيضاً نتيجة اكتئاب حاد لم يمتلك المرء المرونة أو البصيرة الكافية للتعامل معه بنجاح.

الاكتئاب المزمن

على عكس الاكتئاب الحاد، الذي يتيح فرصة للتبصر، فإن الاكتئاب المزمن دائماً تقريباً ما يسبب العجز ويعقد حياة المرء على نحو قد يصعب تقويمه. وتستمر

السمة المعرقلة للحالة المزاجية، كما لو أن الجهاز العصبي يواصل الإعاقة، ويعزز باستمرار الأثر المعرقل. وتتشابه علامات الاكتئاب المزمن مع علامات الاكتئاب الحاد: تدني تقدير الذات، وزيادة درجة الحساسية الشخصية، والأرق، والانسحاب، وعدم احتمال النقد، وصعوبة اتخاذ القرارات، والميل إلى التسويف. ودائماً ما يكون هناك دافع قوي لإضفاء المنطقية على الاكتئاب. فقد علق مدير أحد المتاجر عمره ٣٤ سنة بقوله: "إنني أعمل بكد أكثر مما ينبغي. ووجود ثلاثة أطفال في المنزل لا يبقي لي أي وقت أخصصه لنفسي؛ ولهذا أنا متعب طوال الوقت". وهناك ميل إلى إسقاط أسباب فقد الدافع أو الحيوية على البيئة المحيطة. والأشخاص الذين يبلغون ٦٠ عاماً أو أكثر قد يرون محقين أن التغير البطيء والخفي في الشخصية هو جزء من عملية "التقدم في السن"، كما لو أن مشاعر انعدام القيمة والعجز هي جزء من الشيخوخة بالضرورة.

قد يصعب التعرف على الاكتئاب المزمن، لأنه دائم وأكثر خبثاً من الاكتئاب الحاد، ولأنه يبدو كجزء من طبيعة المرء أو شخصيته وليس كحالة مزاجية عابرة. قالت إحدى السيدات وهي تصف أباها المكتئب: "إنه شخص متشائم، وشديد القلق بطبيعته". في بعض الحالات، قد يكون الدليل الوحيد على الاكتئاب المزمن هو العصبية والتوتر الدائمان أو المتكرران اللذان لا يمكن شفاؤهما بالمهدئات الخفيفة أو الاستجمام. فأصحاب الاكتئاب الحاد كثيراً ما يشعرون بتحسن حالتهم المزاجية في العطلات عن طريق الابتعاد عن الضغوط. وعلى النقيض، فإن من يعانون من اكتئاب مزمن قد تسوء حالتهم، في واقع الأمر، عندما يبتعدون عن الضغوط، وإذا أحسوا ببعض الارتياح فإنهم سرعان ما يعاودون الدخول في حالة الاكتئاب عند عودتهم إلى مواقف الحياة المعتادة. إن أساس الاكتئاب المزمن هو الاستمرارية؛ فهو لا يزول من تلقاء نفسه.

ومن الصعب تحديد اللحظة التي بدأ فيها الاكتئاب المزمن بدقة. فالاكتئاب المزمن، على عكس الاكتئاب الحاد، يكون منفصلاً عن أسبابه في عقل المرء؛ إذ ربما تم رفض وحجب المشاعر التي كان ينبغي أن يشعر بها المرء لدى وقوع الأحداث المسببة للضغط. وأحياناً ينخدع المكتئب ويفخر بمدى الهدوء الذي تعامل به مع محنة معينة. وقد لا يلاحظ أهمية الأحداث المسببة للاكتئاب لأنه فشل في الانزعاج بما يكفي بسببها عند وقوعها.

أحد الأمثلة على ذلك رجل عمره ٢٤ عاماً كان في شدة الغضب لأنه شعر بأنه ارتكب خطأً فادحاً في اختيار مهنته. كان يدرس للعمل كمتخصص في علم الأحياء البحرية، ولكنه ترك الدراسة قبل استيفاء متطلبات حصوله على الدكتوراه بستة أشهر ليعمل في وظيفة معلم بإحدى المدارس العليا الخاصة. وفي غضون بضعة أشهر ترك عمله ثانية، ولكنه في هذه المرة عاد إلى بيت والديه. وهناك، كان كثير الصمت نكد المزاج. أمضى هو وأسرته ساعات يناقشون معضلته المهنية دون التوصل إلى أي حلول.

لم يدرك أحد منهم أبداً أنه كان مكتئباً قبل إنهاء دراسته في واقع الأمر، وأن المثير الأصلي لاكتئابه هو الرفض. فصديقته، التي جمعته بها علاقة قوية منذ عدة سنوات، أنهت علاقتهما بشكل حاد ومفاجئ قبلها. ويبدو أنه لم يبالِ بهذا الرفض وكانت هناك فترة تأخير استمرت لمدة عام بين وقوع الحدث وبين تخليه عن برنامج التخرج.

هذا النوع من التأخير بين التغير المسئول عن الاكتئاب وأول علامة على حدوث تغير في الحالة المزاجية شائع في حالات الاكتئاب المزمن. وحيث إن هذا التغير المزاجي لا يُفهم على حقيقته، يمكن أن تتفاقم مشكلات أخرى ناتجة عن الاكتئاب. فالمشكلات الزوجية، والمالية، وحالات الإخفاق الجنسي، وغيرها من الصراعات الأخرى غالباً ما تنشأ عن تأثير الاكتئاب المزمن على الشخص. ويمكن أن يؤكد الأطباء النفسيون على ضرورة تخصيص وقت للتعامل مع المشكلات التي يراكمها الشخص المكتئب بسبب الاكتئاب أطول بكثير من الوقت المخصص للتعامل مع أصول الاكتئاب ذاته.

كثيراً ما يخطئ الناس فهم تعقيدات الاكتئاب المزمن على أنها مشكلات متنوعة تبدو وكأنها ظهرت من العدم. وهناك ملايين من الرجال والنساء ممن يقلقون على حياتهم الجنسية دون وعي بالتفاعل الخفي بين المزاج والجنس. وكثيراً ما تنشأ الصراعات الزوجية عن صعوبات في التواصل ناجمة عن اكتئاب غير مدرك، ويمكن أن تصبح مؤلمة لدرجة تدفع الزوج والزوجة إلى شفير الطلاق. وعادة ما يؤدي الاكتئاب إلى تشويش وقطع التواصل. فحيث إن المكتئبين يكونون مفرطي الحساسية، فإنهم قد يفسرون الصمت مثلاً بشكل خاطئ على أنه رفض وعدم حب. كما أن ميلهم إلى العزلة قد يدفع الناس إلى الظن بأنهم يرفضون الآخرين. إنهم يشعرون بالوحدة.

أحد المواقف التي يمكن أن يفيد فيها الاكتئاب المزمن –وهو لا يكون مفيداً إلا إذا تم التعرف عليه والتعامل معه بشكل سليم– هو عندما يعمل المزاج الدائم كوسيلة تحذير للشخص المكتئب يقول له إن هناك شيئاً ذا طبيعة متكررة أو مستمرة في بيئته المنزلية أو بيئة عمله يقوض تقديره لذاته على نحو مستمر. فالمرأة المتزوجة من رجل لديه الاستعداد لانتقادها عند أدنى استفزاز ولا يقدر إسهاماتها في الحياة العائلية، ونائب الرئيس بشركة رئيسها يتسم بقلة التبصر والاستغلال وعدم الجدارة بالثقة، والولد المراهق لأبوين مستبدين؛ كل من هؤلاء قد يكون مصاباً باكتئاب مزمن مادام موجوداً في البيئة الحالية ويقبل مثل هذا الانتقاص من قدره –وإن كان سلبياً أو غير واعٍ– دون محاولة إصلاح الخلل.

لماذا يصاب أشخاص معينون بالاكتئاب المزمن بدلاً من التعامل مع الضغط بطريقة مفتوحة ومباشرة من خلال الاكتئاب الحاد؟ الاكتئاب الحاد عادة ما يصيب الشخص الذي يكون على اتصال يومي وقوي بعواطفه ومشاعره، والذي تعلم طرقاً للتعبير عنها بشكل أكثر فعالية. أما الشخص المصاب باكتئاب مزمن فلا يمتلك هذه القدرة. الشخص المصاب باكتئاب حاد أكثر مرونة، ومن ثم، أقل ميلاً إلى الوقوع في شرك الاكتئاب المزمن. وربما تكون هناك أيضاً عوامل كيميائية حيوية تقرر ما إذا كان رد الفعل الاكتئابي سيزول في غضون فترة معقولة أم أنه سيستمر ليصبح مزمناً. العمل الذي قام به "باني" و"شيلدكراوت" في ستينيات القرن الماضي مهد الطريق لسلسلة طويلة من الدراسات لعمليات المخ الفسيولوجية العصبية، والتي تشير إلى ميل المكتئبين إلى إظهار تغيرات في أيض المواد المسماة "الأمينات بيولوجية المنشأ" والتي تؤثر على انتقال النبضات داخل الجهاز العصبي. وقد أظهرت الدراسات التي أجريتها شخصياً أن المكتئبين يظهرون تغيرات في أيض الهرمونات والمعادن مثل الكالسيوم، وهي تغيرات تستمر إلى أن يزول الاكتئاب.

ولكن بغض النظر عما إذا كان الناس يصابون باكتئاب حاد أو مزمن، فإن الاكتئاب رغم كل شيء أفضل من بعض الطرق الأخرى للاستجابة للضغوط، مثل الاضطرابات الجسدية النفسية. مع محاولة الناس الخروج من حالة الاكتئاب، سواء بأنفسهم أو بواسطة أساليب جديدة في العلاج النفسي مقترنة –حيثما كان ملائماً– بالأدوية الجديدة المضادة للاكتئاب، فإنهم يكتسبون التبصر اللازم لتعزيز قدرتهم على التعامل مع مستقبلهم.

وعلى العكس من ذلك، فإن الأمراض الجسدية النفسية –وهي شكل آخر من أشكال الاستجابة للضغوط– تقترن باحتمالات شفاء أقل. فمن المعروف أن الضغط يسهم بدرجة كبيرة في الإصابة بأمراض الأوعية الدموية –مثل ارتفاع ضغط الدم– والربو، والتهاب القولون، والقرح المعدية، وغيرها من الأمراض. والإصابة بنوبة قلبية أو قرحة أمر مقبول اجتماعياً؛ فهي تظهر بشكل ما أن المرء من النوع المجتهد الذي ينشد النجاح. ورغم أن صحة مثل هذا الشخص تجبره على التمهل وإبطاء إيقاع حياته، فإن هذا يعتبر معقولاً لأنه مطلوب من أجل صحته ورفاهيته البدنية. وليس من المقبول اجتماعياً أن يكون المرء مكتئباً.

ولكن، في حين أنه من الممكن علاج الاكتئاب تماماً في جميع الحالات تقريباً، فإن المريض الذي اتخذ مسار النوبة القلبية أو القرحة للتعامل مع الضغوط يجب أن يواجه حقيقة أن هذه الأمراض غالباً ما تسبب ضرراً بدنياً لا يمكن علاجه. ومع ذلك، فإن معظم الرجال والنساء سيفضلون بغير علم –لو أتيح لهم الاختيار– الإصابة بمرض بدني على الإصابة بالاكتئاب. وهذا الموقف الشائع يشجع الملايين على تجنب مواجهة الاكتئاب في أنفسهم وفعل شيء حياله.

لقد حان الوقت كي نعترف بشيوع عدوى الاكتئاب –فهو مشكلة تتعلق بالصحة العامة مثله مثل الحمى الصفراء أو الجدري في زمانهما– وندرك أن الاكتئاب ليس مجرد طريقة شائعة تماماً للاستجابة للضغوط، واستجابة تتطلب أحياناً عناية طبية، ولكنه –عند الاعتراف بوجوده– يعتبر بمثابة فرصة فريدة للملايين لتغيير أنفسهم وحل صراعات طويلة مريرة ومدمرة داخل أنفسهم وفي بيئاتهم.

الفصل ٢

❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••

فرصة للتغيير

أي حدث أو تغيير يحدث في حياتنا ويجبرنا على تدمير بعض دفاعاتنا -لأي سبب كان- سوف يكون مؤلماً. وإصابتنا باكتئاب حاد هي فرصة سانحة، ليس فقط لمعرفة أنفسنا بصورة أفضل، ولكن لأن نصبح أكثر اكتمالاً أيضاً.

لا يتيح لنا "الانهيار" فرصة للتبصر فحسب، ولكن يمكن أيضاً أن يسرع عملية إعادة تنظيم حياتنا بعد التعرض لضغط خطير، كالفقد مثلاً. فالإصابة بالاكتئاب أمر حتمي يصاحب فقد شخص، أو وظيفة، أو جزء من الذات. وكلما كان الارتباط أقوى، وأوثق صلة بتقدير المرء لذاته واحتياجاته الاتكالية، كانت الاستجابة أشد.

أكثر المواقف التي يكون الاكتئاب مصاحباً فيها لمثل هذه الخسارة شيوعاً هو الاستجابة لموت إنسان عزيز أو قطع علاقة كانت تنطوي على حب شديد. في مقالة بعنوان "الحداد والسوداوية" Mourning and Melancholia، حاول فرويد التمييز بين استجابات الحزن والاكتئاب. يرى فرويد أنه عند فقد شخص عزيز، تكون الاستجابة السوية هي الحزن، أما الاستجابة غير السوية فهي الاكتئاب. واعتبر أن الفارق يكمن في نوع العلاقة التي كانت قائمة سابقاً بين الشخصين، وتحديداً، ما إذا كانت هناك أي عداوة لاشعورية وشعور بالذنب تجاه الشخص الذي مات أم لا.

ولقد ثبت أن هذا التمييز مضلل. ومن الأكثر فائدة بكثير أن ننظر إلى الحزن باعتباره صورة من صور الاكتئاب الحاد تصبح مشكلة أكثر تعقيداً عندما يكون المرء حساساً للغاية للخسارة، أو إذا كانت هذه الخسارة ذات طبيعة لا يستطيع معها التعامل مع المشاعر القوية دون مساعدة من متخصص. والأخطر كثيراً من هذا هو العجز عن الشعور بالاكتئاب في وقت الخسارة. ففشل المرء في أن يكتئب يدفع الاستجابة للاختفاء تحت السطح، حيث يمكن للاكتئاب أن يمارس تأثيره على حياة الشخص في صمت لبعض الوقت.

إن ثقافتنا تثنينا عن الإحساس بمشاعرنا والتعبير عنها. وينتظر منا إخفاء عواطفنا حتى عن أنفسنا. وبغض النظر عن طبيعة الضغوط التي نتعرض لها، يُتوقع منا أن نواصل أداء وظائفنا بكفاءة ما لم نكن معتلين بدنياً. لهذا السبب يفضل الناس المظاهر البدنية للضغوط، كأمراض الأوعية الدموية، أو الاضطرابات المعوية، مما يسمح لهم بأن يكونوا اتكاليين وعاجزين دون حرج أو استهجان.

ومع ذلك، فإن نفس هذا الشخص الذي لا يستطيع الاستجابة بألم عاطفي عند مواجهة خسارة كبيرة هو الذي سيتعرض لاحقاً لخطر الاكتئاب المزمن الذي يتخفى كثيراً خلف قناع الأمراض البدنية. من الأفضل كثيراً أن تكتئب، عندما يسمح الموقف بذلك، وعندما يكون الاكتئاب ضرورة، والاكتئاب الحاد هو الذي يتيح هذه الفرصة.

كان آلن ستارك في الأربعين من عمره عندما توفي أبوه فجأة بنوبة قلبية. ومع تضاؤل الصدمة، وجد في نفسه رغبة في أن يكون وحده، وكان يسهر الليل، يتذكر ويبكي. ارتعبت زوجته من حدة مشاعره وقد كانت دائماً تعتبره مثالاً للاستقرار. ومع مرور الأسابيع، بدأ نقدها له يزداد، فكانت تقول له بإصرار: "ألم تبكِ بما يكفي؟" فيرد عليها قائلاً: "وما القدر الذي يكفي؟".

ما القدر الذي يكفي؟

احتاج آلن إلى ٦ أشهر كي يتعافى تماماً من أثر وفاة والده. وخلال تلك الفترة، انتابته نوبات متكررة من الاكتئاب الحاد. كان التوتر والحزن يعاودانه فيدومان ما بين بضع ساعات وعدة أيام. حينئذ كان يصعب عليه التركيز والتواصل مع أصدقائه وعائلته. تحدث آلن مع رجل الدين في الحي الذي يسكنه رغبة منه في أن يعرف ما إذا كانت زوجته محقة أم لا، وبدافع الشعور بالحرج من استمرار حزنه كل ذلك

الوقت. وبعد بضع محادثات، تأكد آلن من أن مشاعره الاكتئابية طبيعية تماماً، كما تمكن خلال هذه المناقشات من التخلص من الشعور بالذنب والتقصير، مدركاً أن عجز زوجته عن فهم حالته المزاجية نشأ عن خوفها الشخصي من إظهار عواطفها. وبمجرد أن أدرك آلن هذا التفاعل، أصبح بمقدوره تقبل مشاعره بطريقة واعية ومعالجة ميل زوجته إلى رؤية أي إظهار للعاطفة على أنه "ضعف".

وعلاوة على ذلك، أعاد آلن النظر في علاقته بأبيه، وطبيعة أبيه الحقيقية، وما كان لديه من نقاط قوة وعلى أي نحو كان أبوه مخيباً لآماله. فكر متأنياً في معنى أن يكون هو نفسه أباً. أحس بأن حزنه يزول تدريجياً. وفي النهاية، وصف نفسه بأنه "أفضل وأكثر اكتمالاً مما كان عليه من قبل".

في مجتمع متقلب مثل المجتمع الأمريكي الذي يشهد تغيرات سريعة غالباً ما تكون بغير سابق إنذار، نجد أن فرص الخسارة شائعة. لاحظ الأطباء النفسيون الذين درسوا أثر الثقافة على حالات عاطفية عديدة أن الاكتئاب الصريح يحدث كثيراً في المجتمعات وثيقة الترابط عالية التنظيم، حيث تكون نظم القيم واضحة وطرق ووسائل تجنب فهم الاكتئاب قليلة. ويزعم هؤلاء الأطباء أنه إذا كان المجتمع في حالة تقلب، فإنه يتسم بمعدل مرتفع للغاية من حالات الاكتئاب الخفي نتيجة للتشوش الهائل في نظم القيم -لدرجة أن المرء لا يكاد يعرف كيف وأين يضع معايير تقدير الذات- ونتيجة التغيرات البيئية التي لا تحصى التي يصادفها الناس في فترات زمنية قصيرة نسبياً. وكثيراً ما يكون الاكتئاب خفياً لأن الفرد في مثل هذا المجتمع المفكك يكون أمامه خيارات كثيرة للاستجابة لضغوط الحياة بخلاف الإصابة بالاكتئاب، وهي خيارات تتراوح بين الانغماس في سلوكيات معادية للمجتمع، وإدمان المخدرات أو الكحوليات، وحل مشكلات التواصل بإنهاء العلاقة، كما هي الحال في الطلاق.

إن التغيير من أي نوع، إذا كان ينطوي على شيء أو شخص مهم بالنسبة للفرد، عادة ما يكون عاملاً مساعداً على الاكتئاب. تشتمل عملية النمو والتقدم في السن على سلسلة من التغيرات، وكل مرحلة انتقالية في الحياة من الطفولة إلى الزواج إلى الشيخوخة تتطلب قدراً من الضعف والاستسلام. ولكي ينتقل المرء بنجاح من مرحلة إلى التي تليها، يجب عليه أن يكون قادراً على الشعور بالاكتئاب بطريقة مباشرة وذات مغزى.

يمكن أن يصاب الأطفال بالاكتئاب؛ وعندئذ ربما يظهر التغير المزاجي بشكل رئيسي في سلوكياتهم؛ فقد يتسمون بالعناد، أو يتدنى أداؤهم في المدرسة، أو يصبحون خجولين ويميلون إلى العزلة، أو يواجهون صعوبات في التفاعل مع الأطفال الآخرين. وتبدأ المراهقة عندما يصبح الفرد على وعي حقيقي لأول مرة بطبيعة حياته العاطفية الداخلية ويمكنه أن يدرك ويشعر بالاكتئاب بسبب هذا. ومن الشائع أن يصاب المراهقون بالاكتئاب؛ فهم يشعرون بأنفسهم كأفراد للمرة الأولى، ويحددون تأثيرهم على الآخرين وعلاقتهم بهم. إنها ثاني فترة انفصال رئيسية، وأول انفصال حقيقي بينهم وبين والديهم. يبدأ ذوو الأربعة عشر ربيعاً في الشعور بحاجة إلى الانفصال والانفراد بأنفسهم والوجود مع من هم في مثل عمرهم. ورغم ذلك، يكون لديهم ارتباط مستمر بأفراد عائلاتهم، ويشعرون بدرجات متباينة من الذنب حيال رفضهم لهم.

عالم اليوم يتسم بصعوبة خاصة بالنسبة للمراهقين. والمراهقون يوصفون بأنهم نبض المجتمع. فإذا كان المراهقون في حالة من التشوش والاضطراب، فإنهم يعكسون مجتمعاً مضطرباً وليس على اتصال جيد مع نفسه. والمناخ المعاصر في أمريكا يجعل من الصعب جداً على المراهقين الاعتراف باكتئابهم والتعامل معه. وفي مواجهة عدد وافر من المعايير والمدخلات الحسية المشوشة -مثل الأفلام التي تعرض على الشبكة التليفزيونية إم تي في MTV- صار الكثيرون يشعرون بالحيرة وهبوط الهمة ويجدون إغراءً في تخفيف ضغوطهم بالجنس، والمخدرات، والكحوليات، واللامبالاة. والمراهقون الذي يحسون أحياناً باكتئاب صريح لا يمثلون مشكلة كبيرة لأنفسهم أو للمجتمع كالمراهقين الذين لا يستطيعون احتمال الحزن أو خيبة الأمل، والذين هم منفصلون عن عواطفهم، والذين لا يفهمون إلا قليلاً مما يحدث لهم. إنهم المراهقون الذين يحتمل أن يحجبوا اكتئابهم ويستبدلوا به سلوكاً هداماً للذات مثل تلك الدراسة، أو الانضمام إلى إحدى العصابات، أو التورط في حمل غير مرغوب بالنسبة للفتيات.

الزواج مثال آخر على انتقال رئيسي يحتمل أن يسبب الاكتئاب؛ لأنه يتطلب تغييرات مهمة في الموقف وإعادة تقييم للتوقعات، بغض النظر عن طول فترة تعارف أو خطبة الزوجين من قبل الزواج. وهو لم يعد يتكون من مجرد رجل وامرأة متحابين أو متعاشرين. فبالإضافة إلى تفاصيل عيشهما معاً في أدوار جديدة، هناك أيضاً

الحاجة إلى التعامل مع الأصدقاء والأقارب في إطار جديد. كما تتغير الاعتبارات الاقتصادية. ومن ثم فليس من قبيل المفاجأة أن تصاحب درجة معينة من الاكتئاب الحاد تخلي المرء عن حريته القديمة –حتى وإن كانت هذه الحرية لا تشتمل إلا على الخروج من البيت– والشروع في ارتباط من نوع جديد وأكثر استمرارية. عندما يكون المزاج الاكتئابي الحاد غير متوقع ويساء تفسيره أو يكون -كما يستطيع طبيب الأسرة أن يؤكد- متنكراً في مظهر مشكلات نفسية جسدية مثل الصداع، أو اضطرابات الجهاز البولي، أو الإعياء، يمكنه أن يبدأ في تقويض صميم العلاقة الجديدة.

إن الوعي بنمط سلوكي محبط للذات ومحاولة تغييره دائماً ما يتسبب في حدوث اكتئاب من النوع الحاد. وكثيراً ما يعكس هذا النمط السلوكي ذاته اكتئاباً مزمناً كامناً غير معروف. وتوضح لنا حالة روبرت دنكان، وهو مهندس مصاب باكتئاب حاد يبلغ من العمر ٥٠ عاماً ومتزوج منذ ٢٠ سنة، كيف أن رد الفعل الحاد يمكنه أن ينبه الناس إلى المأزق الذي هم فيه ويجبرهم على التعامل معه. قبل هذا التغير المزاجي بثلاث سنوات، مر روبرت بالعديد من الأحداث المزعجة. توفيت أمه. وخسرت الشركة التي كان يعمل بها العديد من العقود الحكومية وتم تسريحه من العمل.

أسس روبرت مع بعض الزملاء السابقين شركة استشارية خاصة أخذت تصارع من أجل البقاء في مناخ اقتصادي غير ملائم. ولم يشأ إزعاج زوجته فأخفى عنها حقيقة الأزمة المالية التي يمران بها. وعندما حان وقت سداد مصروفات ولديهما الدراسية، اقترض المال وأخبرها أن مشروعه الجديد يحقق نمواً.

كان روبرت واقعاً تحت ضغوط هائلة للحفاظ على التزام شركته الجديدة بسداد ديونها. وفي الوقت نفسه، لم يكن ينام جيداً، ويستيقظ في الثالثة صباحاً قلقاً مهموماً. أخذ يؤجل الاتصال بالعملاء المحتملين، وتأخر في إنجاز أعماله الورقية. وفي هذه الأثناء، كان يواصل خداع زوجته كي يحافظ على احترامه لذاته في نظرها.

وفجأة، انهار روبرت. إذ طالبته البنوك التي اقترض منها المال بسداد قروضه فوراً. فلم يعد بمقدوره إخفاء الوضع عن زوجته التي صدمها بالطبع اعترافه. وعلى مدار أيام عديدة تالية، كان يفكر في الانتحار ويقول لنفسه: "لا يمكنني مواجهتها مرة ثانية. لن تثق بي أبداً". لقد تمت إعاقة سلوكيات تدمير الذات التي كانت تعود إلى وقت موت أمه وإقالته من عمله بواسطة أحداث تسببت في اكتئاب حاد ومؤلم.

أسر روبرت إلى أحد أصدقائه المقربين بيأسه، فاقترح عليه استشارة طبيب نفسي. قرر على مضض زيارة طبيب نفسي، فوصف له مضادات للاكتئاب وشرع يستكشف معه القضايا المهمة ذات الصلة باكتئابه. لقد تألم وغضب بسبب إقالته، ولكنه لم يستطع التعامل مع تلك المشاعر لأنها كانت محجوبة إلى حد بعيد. كما أنه شعر بالذنب لفقد وظيفته، وكأن الأمر كان فشلاً شخصياً. لقد جعله إحساسه بانعدام الأمان يخشى أن تفقد زوجته احترامها له؛ لذا لجأ إلى سلسلة من الأكاذيب لإخفاء مشكلاته عنها. وبينما كان جزء من ذاته يحاول إنجاح شركته الجديدة، كان هناك جزء آخر يعمل ضده لتقويض جهوده.

وبعد ستة أسابيع من العلاج، شعر روبرت بتحسن كبير. ثم حضر هو وزوجته عدة جلسات مشتركة مع الطبيب النفسي تمكنا خلالها من تجديد التواصل ووضع أساس لاستعادة الثقة. وبعد خروج الحقائق إلى النور، لم تسترح أعصابه فحسب، ولكنه بدأ ينام جيداً أيضاً، ويشعر بمزيد من الحيوية والتحرر من ميله إلى القلق وتأجيل الأشياء. كما أدهشته زيادة إنتاجيته. وبمجرد أن بدأ في التعامل بجرأة مع الأمور الخاصة بالعمل، حصل هو وشركاؤه على العديد من العقود المهمة التي ضمنت لهم بقاء الشركة.

لقد لجأ روبرت دنكان إلى العلاج المتخصص بحذر شديد، ويرجع هذا جزئياً إلى أنه كان مازال يفترض أن العلاج النفسي والتحليل النفسي هما نفس الشيء -أي أن حصوله على المساعدة سيستغرق ٣ سنوات ويتكلف ثلاثين ألف دولار- وإلى أنه كان يشك في قيمته. كان يتساءل في نفسه: "ما الذي يستطيع أن يفعله العلاج لي إذا كانت مشكلاتي حقيقية؟ العلاج لا يستطيع أن يجلب لنا العقود أو يستعيد احترام زوجتي لي". وبمساعدة العلاج وزوال اكتئابه، تمكن من تحقيق كلا الهدفين.

الاكتئاب فرصة للتغير. إذن فالاكتئاب الحاد فرصة حقيقية للقضاء على الاكتئاب القديم غير المعروف الذي مضت عليه سنوات وهو يمارس نشاطه الهدام. امرأة عمرها ٥٥ سنة لم تتكيف مع اكتئابها المزمن إلا عندما انتابها اكتئاب حاد بعد إصابة ابنتها بالتهاب المفاصل الرثياني. حتى ذلك الحين، لم تكن تعتبر نفسها مكتئبة أبداً. كانت وأسرتها يرون حساسيتها المفرطة، وسوء توافقها الجنسي، وميلها إلى العزلة الاجتماعية على أنها "سمات شخصية" وليس على أنها علامات على

الإصابة باكتئاب. كانت مجرد إنسانة كغيرها تتعرض لضغوط وتوترات الحياة المعتادة، وكانت أفضل طريقة لمعالجة إحباطاتها هي تجنب الصراع، وشرب كأس أو اثنين من الكحوليات عندما تسوء الأمور كثيراً. وقد أصابها مرض ابنتها باكتئاب حاد وأجبرها على التماس المشورة، وجعلها تدرك لأول مرة كيف كان مزاجها الاكتئابي المزمن يحرمها من الحياة بشكل أكثر اكتمالاً.

وأخيراً نقول إن النوبات الاكتئابية تقوم بوظيفة أخرى أكثر تعقيداً؛ إذ يمكنها أن توفر للفرد فرصة كي يكون شخصاً أكثر حساسية وإبداعاً وفعالية بعد زوال الاكتئاب.

الاكتئاب يقلل الحيوية والنشاط. إنه حالة مزاجية تجعل من الصعب، إن لم يكن من المستحيل، تصور حلول للمشكلات. ومع ذلك فإن معظم المبدعين -سواء استخدمنا كلمة مبدع بمعناها الفني الضيق أو بمعناها الواسع بمعنى القدرة على رؤية الأشياء من منظور جديد ودمج الأفكار بأسلوب مبتكر- يؤكدون حقيقة أنهم أصيبوا بنوبات خطيرة من الاكتئاب الحاد تعافوا منها ليصلوا بعد ذلك إلى مستويات جديدة أعلى من الإبداع.

لماذا يسير الأمر على هذا النحو إذن؟ لماذا تكون فترة من الاكتئاب والقنوط مقدمة للارتقاء في الإبداع؟ تكمن الإجابة في طبيعة الإبداع نفسه. فلكي يكون المرء مبدعاً بأي صورة، لابد أن يكون قادراً على التخلي عن الافتراضات القديمة والثابتة التي تعوق إجراء تقييم جديد للموقف. منذ أربعين عاماً مضت مثلاً، كان الناس يفترضون أن أنوثة المرأة تتوقف على زواجها المبكر وإنجابها كثيراً من الأطفال. وفي العقود الأخيرة، أصبح الناس يفترضون أن النساء سيواصلن دراستهن أو يمارسن حيواتهن المهنية أو كلتيهما، حتى وإن كان هذا يعني تأخر الزواج والحياة العائلية إلى المرتبة الثانية. وفي كلتا الحالتين، هناك ضغط هائل على الفتيات كي يذعن للاتجاه السائد.

والعجز عن التحرر من مثل هذه التأثيرات يعوق الكثير من الفتيات الشابات عند اتخاذ قرارات تخص مستقبلهن، ويمنعهن من استخدام خيالهن ومعرفتهن بأنفسهن لصنع نوع الحياة المحدد الأكثر ملاءمة لهن.

أوضح "بافلوف" و"بي. إف سكينر" أن المجتمع والأسرة حتماً يكيفان الناس

وفقاً لمجموعة من المسارات. ويساعد هذا التكييف على تشكيل هيكل شخصية متكامل. ولكن، في الوقت نفسه، ربما تترسخ الكثير من الأنماط القديمة، غير ذات الصلة، بل والهدامة. وكلما كانت عملية التكييف أكثر صرامة وقوة، لاسيما عندما يكون الفرد أيضاً غير آمن، كانت الشخصية أكثر تحفظاً وأقل مرونة. وكلما قلت مرونة الشخصية، قل ما لدى المرء من مرونة وخيال للتكيف مع المواقف الجديدة أو غير المتوقعة. والاكتئاب الحاد وسيلة ضرورية لتحرير الشخص من عبودية هذا التكييف وتحرير عناصر الإبداع الحيوية. ويمكن رؤية هذه الظاهرة بانتظام أثناء العلاج النفسي؛ حيث نوبات الاكتئاب يتبعها تبصر ومرونة أكبر.

يشير "آرثر كوستلر" في كتابه Act of Creation إلى العلاج النفسي على أنه تجديد مستحث اصطناعياً يعتمد على عملية التراجع خطوة للوراء من أجل قفزة أطول للأمام. كتب كوستلر يقول:

> لقد وجدنا أن هذا النمط يتكرر على مستوى الإبداع الإنساني: فالعالِم إذ يواجه موقفاً محيراً -مثل معضلة كبلر، ومفارقة المسافر بسرعة الضوء التي واجهها أينشتين- يجب أن يغوص في "ليل الروح المظلم" قبل أن يتسنى له الخروج إلى النور مرة أخرى. إن تاريخ العلوم والآداب عبارة عن حكاية أزمات متكررة، وتحديات صادمة تتطلب تمييزاً مؤقتاً بين الأشكال التقليدية للتفكير والإدراك... وبراءة جديدة شغوفة للعين، يتبعها التحرر من القيود على الإمكانات الإبداعية وإعادة توحيدها في هيكل جديد.

الفصل ٣

◆◆

الفخاخ الشائعة

قال وولتر بيرجمان: "أبلغ من العمر ٣٣ عاماً. وقد انتهى الأمر من ناحيتي تماماً. أنا متزوج من امرأة تبحث عن أي عذر كي لا تجامعني. وحيث إنني أعمل في وظيفة أكرهها ولا ترقى لمستوى قدراتي، فإن الشيء الوحيد الذي أستمتع به حقاً هو وجودي مع أطفالي. إنني عالق في فخ".

كان وولتر بيرجمان مصاباً بالاكتئاب. لقد كان قادراً على معالجة موقف حياتي غير مرضٍ لمدة ٣ سنوات تقريباً إلى أن اتصل ذات صباح، وبعد أسابيع من التعب والإرهاق والضيق، برئيسه المباشر في العمل هاتفياً واستقال من عمله بتهور. كان في اليوم السابق قد تعرض للتأنيب بسبب خطأ طفيف في عرضه التقديمي لبيانات بعض المبيعات. وفي الأسابيع التالية، صار يميل بشكل متزايد إلى العزلة والصمت والعبوس. قالت له زوجته في إصرار إنها ستضطر لأن تهجره ما لم يستشر طبيباً نفسياً.

لقد نصب وولتر لنفسه فخاً معقداً شديد الإتقان أدى في النهاية إلى تفريغ حياته من أي معنى. فعلى الرغم من موهبته التي كانت واضحة في تفوقه كأحد أفضل الطلاب في دفعته في جامعة "ييل"، فإنه قام بغير حكمة بتغيير مساره المهني ثلاث مرات خلال ١٠ سنوات. في البداية، رسب في عامه الدراسي الأول في كلية الحقوق

بسبب إهماله في استذكار دروسه وترك الكلية. ثم عمل في أحد البنوك لعدة سنوات، ولكنه استقال لأنه شعر بالملل ولم يكن يحرز تقدماً كافياً. وأخيراً، استقال من عمله في إحدى شركات العلاقات العامة المتخصصة في جمع الأموال لأنه كان يشعر أنه لا يلقى تقديراً. وفي كل مرة، كان يلقي باللوم عن عدم شعوره بالرضا والإشباع على الناس والأشياء والظروف الخارجية. والآن، وبعد أن صار عاطلاً، أصبح فخ العمل مطبقاً عليه بإحكام.

ولم يكتفِ وولتر بالفخ المهني، فنصب لنفسه فخاً شخصياً أيضاً. فرغم حاجته الشديدة إلى الدفء والدعم، فإنه تزوج بامرأة ميالة إلى النقد ومتحفظة في مشاعرها. لقد انجذب في البداية إلى عقلها المتقد البارع في التحليل وشعر بإعجاب شديد بحيويتها المتدفقة. اتخذ القرار الذي رآه منطقياً، ولكنه أثناء ذلك، أنكر احتياجات عاطفية واضحة لم يكن من المحتمل أن تشبعها علاقتهما.

ارتبط تخبط حياة وولتر المهنية وسوء اختياره لزوجته بفترة من تدني تقدير الذات كانت قد بدأت بعد انتهائه من دراسته الجامعية بفترة قصيرة. في ذلك الوقت، كان غارقاً حتى أذنيه في حب فتاة قطعت في النهاية علاقتها به وتركته جريحاً مرفوضاً بصورة مؤلمة. وبدلاً من أن يصاب باكتئاب حاد لفترة وجيزة، سرعان ما كبت مشاعره متظاهراً أمام نفسه بأن الأمر فعلاً لا يهمه. ورغم أنه في الأصل كان يفكر في دراسة الصحافة والعلوم السياسية بعد التخرج، شعر فجأة بأن هذا الاتجاه لن يوفر له ما يطمح إليه من مكانة مرموقة أو مال؛ فوقع اختياره على القانون وتقدم إلى كلية الحقوق بجامعة ميتشجان فقبلوه على الفور. في حياته الاجتماعية، تبنى موقفاً مفاده أن الارتباط العاطفي المبالغ فيه ليس فكرة صائبة لأنه لن يؤدي إلا لجرح مشاعره. صار متحفظاً ومنغلقاً في علاقاته مع النساء. كان إنكار اهتماماته المهنية الحقيقية وتفضيل المكانة المرموقة والمال عليها، بالإضافة إلى إنكار احتياجاته العاطفية بدافع حماية نفسه من أي جرح قد يتسبب فيه رفض آخر، هما أول خطوتين خطاهما وولتر لنصب الفخ لنفسه.

وولتر بيرجمان نموذج لملايين الرجال والنساء المنشغلين بنصب الفخاخ لأنفسهم. مثل هؤلاء الناس يوشكون على الإصابة بخوف ويأس شديدين، يستغرقان فيهما بمجرد أن يدركوا انطباق الفخ عليهم.

كيف ولماذا ينصب الناس لأنفسهم فخاخاً

نصب الفخاخ غالباً يتم وفقاً لنفس المخطط الأساسي، حيث يفشل الفرد في التعامل بشكل ملائم مع الضغط أو سلسلة من الضغوط. وبدلاً من الاستجابة لها بالشكل المناسب وحل المشكلات، ينكر المرء مشاعره، ويخرجها من الوعي، ويخفيها من خلال صنع آليات مصممة لحمايته من الإصابة بالجراح في المستقبل. فبدلاً من أن يواجه وولتر بيرجمان تواطؤه في صنع مشكلاته المهنية، ألقى بمسئولية مشكلاته على بيئته. وعن طريق إنكار أهمية الدفء والجنس في العلاقة الزوجية، انتهى به الحال بالزواج من امرأة لم تقدم له أياً منهما.

بالنسبة لكثير من الناس، هناك سمة قهرية تشارك في تكوين الفخ. ويمكن أن نرى أحد أكثر مواقف الفخاخ شيوعاً في الجهود التي يبذلها الناس كي يستنسخوا في زيجاتهم نوع الحياة العائلية الذي عرفوه في مرحلة النمو. ويحدث هذا بغض النظر عن مواقفهم وآرائهم الحقيقية في تلك المرحلة. فعلى سبيل المثال: شاب نشأ في بيت يعتبر الأب فيه شخصية قوية ومهيمنة، في حين أن الأم هادئة ولا مبالية ومنعزلة إلى حد ما. يرى هذا الشاب أمه غير مؤثرة، وأباه قاسياً، ويقرر ألا يضع نفسه في موقف مشابه أبداً. وتئول به الحال إلى الزواج من امرأة قوية ومستقلة ليجد نفسه في النهاية متورطاً مرة أخرى في صراع على السيطرة. ولو أنه ارتكب خطأً مختلفاً في التقدير، فلربما وجد نفسه متزوجاً من امرأة تبدو معتمدة على نفسها تماماً، ليكتشف في النهاية في غضون بضع سنوات أنها أيضاً مثل أمه، تفتقر إلى المبادرة والاحترام الصحيّ للذات.

في كلتا الحالتين، بمحاولة الذهاب إلى الطرف المقابل أو بالإغفال غير المتعمد للسمات الشخصية للزوجة المرتقبة، نجح الشاب في نصب فخ لنفسه تمتد أصوله إلى نوع العلاقة التي جمعت بين أبويه.

وثمة مسار آخر يمكن أن يتخذه الناس لنصب الفخاخ لأنفسهم، وهو *استخدام بيئتهم لتعزيز وتأكيد صراعاتهم وقيودهم الداخلية*. فمثلاً، نتيجة لطفولة ومراهقة قمعية بصورة هائلة، نادراً ما كانت المبادرة والإبداع يلاقيان فيها تشجيعاً، ودائماً ما كانت فيها مطالبة بالإذعان التام، يمكن للشاب أن يطور عقبات خطيرة أمام قدرته

على تعبئة طاقته وتوجيه سلوكه العدواني إلى الخارج نحو أهداف يختارها بنفسه. وفي الوقت نفسه، وخوفاً من دوافعه الخاصة نحو الاستقلال وعجزاً عن تحرير عواطفه، لا يمكنه الاستجابة فوراً وكما ينبغي للمواقف المسببة للضغوط. إن تكيفه مع الحياة سلبي بشكل عام، ويمكن للآخرين السيطرة عليه بسهولة.

ونتيجة فشله في اختيار أسلوب حياة يمكن فيه تلبية حاجته الفطرية إلى الحرية والمبادرة، فإنه يختار بدلاً من ذلك بيئة تدعم قلة احترام الذات، ثم يسقط عليها العقبات التي كانت ذاتية من قبل. فهو يحصل على منصب في الإدارة المتوسطة لدى شركة تصنيع كبرى، حيث لا يُخول إلا سلطة محدودة لاتخاذ القرار ويحجم عن طرح أفكار مبتكرة لكي لا يتعرض للسخرية والنقد.

الفخ الحقيقي الآن يعزز الفخ الداخلي. الدائرة آخذة في الانغلاق. والخيارات المتاحة للشخص تصبح محدودة بشكل متزايد.

وإذا أصبح جزء منه -من خلال تحول في التوازن ناتج عن موقف ضغط معين- على وعي بالفخ، فقد يبدأ، أخيراً، في الشعور بالألم. والبشر لديهم ميل شديد إلى إعادة تعزيز القيود الداخلية والحرمان ببناء فخاخ خارجية ثم العيش بداخلها في توازن غير سار إلى أن يقع حدث درامي بما يكفي لفتح أعينهم على المعضلة. وأثناء تكوين هذه الفخاخ، يختارون أشخاصاً غير مناسبين كشركاء عاطفيين، ويثقون بأصدقاء وزملاء عمل يثبت في النهاية أنهم غير أهل للثقة، ويتعاملون مع المال تعاملاً غير مسئول إلى حد كبير، ويختارون وظائف مليئة بالإحباطات ومصممة لمنع الإشباع الشخصي.

لم تكن وينيفريد ريجان متزوجة عندما كانت تبلغ ٢٩ عاماً، وكانت تعمل محررة بإحدى المجلات الأسبوعية الكبرى. ورغم تخرجها بتقدير امتياز من كلية ماونت هوليوك، فقد كان هناك شعور بعدم الكفاءة يطاردها دائماً. كان أبوها يقول دائماً: "لا أرى حقاً أي فائدة من وراء عمل المرأة". وكانت أمها تقول مراراً: "ليس هناك رجل يستحقك يا وينيفريد"، ولكنها كانت تردف قائلة: "ولكن لا تكوني قوية أكثر مما ينبغي، وإلا فلن تفوزي برجل أبداً".

وينيفريد نفسها كانت تشعر أنها طالبة جيدة ولكنها لم تكن تمتلك مواهب خاصة. كانت تقول: "ليست لدي الطاقة للالتحاق بالدراسات العليا. لست أدري

حقاً ماذا أفعل". وبهذه الحالة المزاجية، قبلت أول وظيفة عرضت عليها بعد التخرج فالتحقت بقسم الإنتاج بإحدى المجلات، وظلت تعمل فيها لسبع سنوات تالية. منعتها طبيعة عملها من تقديم أفكارها الخاصة في المقالات، وكانت مشغولة في معظم الوقت بتصحيح البروفات، وهو العمل الذي كانوا يعطونه الكثير من الاهتمام. وكانت تتقاضى راتباً هزيلاً نسبياً يفي بالكاد بنفقاتها.

كانت هناك متطلبات هائلة تستنزف وقتها، وهو الأمر الذي لم يترك لها أي قدر من الحرية أو التحفز للكتابة بنفسها. كانت تعاني من تدنٍ شديد جداً في معنوياتها لدرجة أنها لم تستطع أن تجدّ في البحث عن وظيفة أخرى. لقد وقعت في فخ كان يعزز تدني تقدير الذات لديها بشكل متكرر، مما كان يغذي مرة بعد مرة الصراع الداخلي الذي أنشأ هذا الفخ في المقام الأول.

يمكن نصب الفخاخ بنفس السهولة والفعالية من قبل الرجال والنساء الذين حققوا كل الأدلة الخارجية على النجاح الاجتماعي والمادي. ولد آدم باركلي في أسرة فقيرة تعيش في ديترويت. كان أبوه سكيراً عاطلاً، وكانت أمه تعمل في وظيفة كاتبة وناسخة. كان آدم طالباً ذكياً بشكل استثنائي وحاز على الثناء مرات ومرات على إنجازاته الأكاديمية، كما حصل على منحة للدراسة في كلية وارتون للأعمال فتخرج منها أول دفعته. قال في نفسه: "سوف أجمع مليون دولار قبل بلوغ الثلاثين". وقد فعل.

افتتح آدم مع رجلين آخرين سلسلة متاجر لبرامج الكمبيوتر سرعان ما حققت نجاحاً. كان يعمل ١١ ساعة يومياً وفي العطلات الأسبوعية. طلب منه الانضمام إلى عضوية العديد من مجالس الإدارة والمشاركة في الأنشطة المجتمعية فقبل هذا كله. الواقع أنه لم يستطع الرفض؛ لأن كل عرض جديد كان يحمل له فرصة جديدة لمرافقة الأثرياء والوجهاء من الرجال والنساء في مجتمعه.

وعند بلوغه ٣٧ عاماً، بدأ يفقد اهتمامه بالمشاريع العديدة التي أنشأها وكان يقول مراراً لزوجته روث: "أرغب بشدة في ترك هذه المشاريع ولكني لا أعرف سبيلاً للخروج. لا أحد يمكنه إدارة هذه الأعمال إذا رحلت". أما روث بدورها فقد بدأت في شرب الكحوليات أكثر وأكثر بسبب شعورها بالوحدة وإحساسها بعدم الكفاءة اجتماعياً. كانت قد ترعرعت مع آدم في ديترويت ولم تشعر أبداً بالراحة في وجود

أصدقائهما الجدد. كانت تتجنب النادي الريفي والمناسبات الاجتماعية المهمة بقدر المستطاع. وكان لديهما ولدان أكبرهما في الحادية عشرة من عمره وكان متأخراً في التحصيل الدراسي رغم ذكائه، ولكن بسبب انعدام ثقته بنفسه وموقفه الذي يتسم باللامبالاة بشكل عام، كان بالكاد يستطيع النجاح في الامتحانات.

كان منزل آدم باركلي الواقع في ضاحية ويستشستر قد صار فخاً صنعه ونصبه بيديه وهو يدفع نفسه بلا هوادة إلى قبول كل فرصة جديدة تسنح له. وما بدأ كإصرار على "ألا أكون أبداً فقيراً مثل والدي" أصبح حاجة قهرية لجمع المزيد من الثروة واكتساب المزيد من النفوذ والشهرة أكثر مما يحتاجه عشرة رجال طيلة عمرهم. أدرك آدم هذا -بألم- ولكن دون أن تكون لديه أدنى فكرة عما يمكنه فعله حيال ذلك.

الفخاخ بشكل عام يصنعها أناس مصابون باكتئاب مزمن أو يفتقرون إلى الحرية الداخلية، وهم ليسوا ممن وصفهم عالم النفس الراحل "أبراهام ماسلو" بأنهم "يحققون ذاتهم". وفقاً لمفهوم ماسلو، فإن البالغين الناضجين الأصحاء ينبغي أن يكونوا قادرين على التعرف على، والمضي قدماً نحو، الأهداف التي تتلاءم مع نظمهم القيمية وتعكس احتياجاتهم الشخصية ويمكن بلوغها في إطار البيئة، على الرغم من أن هذا الإنجاز عادة ما يتطلب التغلب على العقبات. وذكر عالم النفس الراحل "لورانس كوبي" أن الأشخاص الناضجين المتصلين بمشاعرهم وقدراتهم يمكنهم التفكير والاختيار من بين خيارات مشروعة، ويمكنهم المضي نحو الأهداف الكبيرة بحرية لا يعرفها أصحاب الدوافع القهرية أو المخاوف المرضية. فالفئة الأخيرة يجب أن تنهك نفسها مراراً وتكراراً باستخدام "قوة الإرادة" للتغلب على المقاومات والمخاوف الداخلية. شريحة صغيرة فقط من البالغين يمكن أن يقال عنهم إنهم يحققون ذاتهم. أما البقية الباقية من الناس فهي عرضة لخطر لعبة بناء الفخاخ.

إن المجتمع الغربي، على الرغم من أنه يتيح من نواحٍ كثيرة ظروف تحقيق الذات، صار، من نواحٍ أخرى، حضارة فخاخ. فملايين من النّاس يشعرون أن الطرق المؤدية إلى الإشباع الجنسي، وتقدير الذات، والإشباع المهني، والأمان المالي، وتكافؤ الفرص، والسمو الشخصي، والمغزى الروحي مغلقة عند كل منعطف. ومع ذلك فإنهم على وعي شديد بوجود حراك اجتماعي واقتصادي يبدو أنه يبشر -على نحو ما- بإشباع هذه الاحتياجات. إن المجتمع الذي يمر بحالة تغير سريع هو مجتمع من أفراد

واعين بشكل مؤلم للطموحات التي لم تتحقق. فالزوجان الأبيضان اللذان ينتميان للطبقة فوق المتوسطة في ليك فورست بولاية إيلينوي يمكن أن يتألما نتيجة افتقارهما إلى الإشباع الجنسي والعاطفي في زواجهما بنفس قدر تألم أسرة سوداء في ضواحي لوس أنجلوس نتيجة عنف الجوار والفرص الاقتصادية والتعليمية المحدودة. من الواضح أن طبيعة الحرمان مختلفة في هذين المثالين، كما أن دور البيئة في الإبقاء على الحرمان مختلف. ومع ذلك، فإن الزوجين من الطبقة فوق المتوسطة والأسرة المقيمة في منطقة فقيرة واقعين في فخين متشابهين، وهما التوقعات المتزايدة مع قلة الإشارات المنظورة على الإشباع.

وأحد أخطر الفخاخ جميعاً هو الفشل في إدراك وجود الاكتئاب والاستجابة وفقاً لذلك. فالإنكار من جانب الفرد تعززه القيم الاجتماعية التي تشجع مقاومة التبصر. فما هذه القيم؟

في شرائح معينة من مجتمعنا الغربي، يعتبر الانخراط في علاقات جنسية فارغة، واستغلال الآخرين مالياً في حدود القانون، واتباع صور سلوكية هادمة للذات –مادامت لا تنطوي مباشرة على الانتحار أو الأذى البدني لإنسان آخر– أفضل من قضاء بضع ليالٍ في أرق وتفكير مؤلم إلى حد ما في حقيقة ذات الإنسان والمغزى من حياته عموماً.

في مجتمعنا الغربي، كثيراً ما يستخدم الناس المخدرات، والكحوليات، والعقاقير مثل البنزوديازيبين، والماريجوانا لتسكين الألم العاطفي. وبغض النظر عن الجهود العلنية للسيطرة على سوء استخدام العقاقير، فإن الانتشار المستمر للمشكلة يدل بقوة على وجود عوامل في المجتمع تشجع خفية استخدام مثل هذه الطرق لحجب الوعي وتجنب مواجهة الاكتئاب.

إحدى الآليات الأكثر شيوعاً لتجنب مواجهة الاكتئاب واكتساب التبصر هي إلقاء اللوم على الآخرين؛ خاصة على شخص مقرب أو جماعات كبيرة يمكن تمييزها بسهولة وتصلح كأهداف، مثل السود أو البيض، أصحاب العمل أو الموظفين، الشباب أو البالغين، الرجال أو النساء. إن إنكار مشكلاتنا الخاصة وإلقاء اللوم على شخص آخر ليس مجرد وسيلة مؤقتة فعالة لتأجيل الاكتئاب؛ بل يمكن أيضاً أن يكون وسيلة ذكية لإضفاء الغموض على القضايا الحقيقية وإحكام الفخ الأصلي.

كانت جين كارتر امرأة مطلقة تبلغ من العمر ٤٣ عاماً وتعمل مصممة ديكور لدى متجر ضخم في كانساس سيتي بولاية كانساس. لقد عاشت بمفردها ٧ سنوات مع ابنها البالغ من العمر ١٧ عاماً وابنتها التي تبلغ ١٤ عاماً. خلال السنوات الـ ١١ السابقة من زواجها من روجر، نادراً ما كانت تنشب بينهما خلافات. لم يكن توافقهما الجنسي مشبعاً على الإطلاق لأي منهما، ولكنهما لم يناقشا الأمر أبداً. كان كل منهما يلوم الآخر في صمت على الافتقار للعواطف، ولم يبذلا أي جهد لاستكشاف العلاقة أو محاولة تحسينها.

تمكنا معاً من صنع حياة اجتماعية جيدة وحققا مكانة في مجتمعهما. كانا يتمتعان بأمان مالي ويمثلان أسرة أمريكية ناجحة من الطبقة المتوسطة. وفجأة، طلب روجر الطلاق. شعرت جين بالصدمة، وبدأت تشعر باكتئاب حاد. وبعد بضع ليالٍ من الأرق والسهاد، اكتشفت أن شرب كأس أو اثنين من الكحوليات قبل موعد نومها يساعد في تخفيف حدة توترها.

وبعد الطلاق بثلاثة أشهر، تزوج روجر من سكرتيرته. قال روجر لصديق له: "لدينا أمور كثيرة مشتركة. ويا لها من حياة جنسية!". استمر الزواج ١٨ شهراً. وفي هذه الأثناء، داومت جين على الشرب بسبب ضغط الشعور بالوحدة. وكانت تواعد بعض الرجال أحياناً. وعندما كانت تشعر بمشاعر الاكتئاب والازدراء تجاه تلك التجارب، كانت تكبتها بسرعة بشرب بعض كئوس الخمر قبل حلول موعدها الغرامي. "لقد أصبحت أحب حريتي. إنها مفاجأة حقيقية. لقد كان روجر بشعاً. إنني أعرف هذا الآن".

وعندما ترك ابنها الدراسة وهو في سنته النهائية بالمدرسة العليا، اتصلت بروجر وقالت له: "إنه ابنك. افعل شيئاً". عندئذ كان روجر قد تزوج للمرة الثالثة ومشغولاً بعمله في بوسطن. قال في نفسه: "لم يتصل بي الفتى منذ قرابة العام. ثم إن هذه مشكلته هو. ليحلها بنفسه إذن".

يمكن اعتبار جين كارتر وأسرتها ضحايا لفخ الإنكار. لقد تجنبت وزوجها التواصل مع أحدهما الآخر بشأن القضايا الحساسة خلال زواجهما. وعندما أطبق عليهما الفخ في النهاية، تعاملت مع اكتئابها بالشرب، وعالج زوجها اكتئابه بالإسراع في نصب فخاخ جديدة لنفسه. إنهما لم يسمحا لنفسيهما بالاعتراف

وفهم الاكتئاب الذي يسوغه الموقف. ولو أنهما فعلا ذلك، فلربما كانا قد تعرفا على طبيعة معضلتهما مبكراً، وتمكنا، باستخدام هذه المعرفة، من حل مأزقيهما العاطفي والجنسي. أو ربما كانا قد أنهيا زواجهما بأسلوب أكثر وعياً وحافظا على علاقتهما كأبوين.

الهروب

وعي المرء بأنه يعيش في فخ –سواء فرضته البيئة أو صنعه لنفسه بكيده هو نفسه– يسبب نوبة من الاكتئاب الحاد. *والوعي بفخ نصبه المرء لنفسه هو أول خطوة في سلسلة من الخطوات المؤدية إلى التبصر والمعرفة والقدرة على تحرير الذات من الفخاخ.* وعادة ما يحدث هذا الوعي في صورة إدراك للهيكل الخارجي للفخ -الوظيفة، أو الزواج، أو الوضع الاجتماعي- الذي يعتبر السبب الرئيسي لليأس والتوتر. "لقد تزوجت من امرأة غير مناسبة"، "زوجي تغير ولم يعد بمقدوري العيش معه"، "تم تجاوزي في الترقية مرتين، ولن تكون هناك ثالثة".

وتشتمل الخطوة التالية أيضاً من عملية التبصر على الاكتئاب الحاد، حيث يدرك المرء مدى براعته في التعاون مع بيئته في نصب الفخ. قال رجل يبلغ من العمر ٣٩ عاماً ممن يتلقون العلاج: "كنت قد حصلت للتو على درجة في المحاسبة. لم يكن عمري يتجاوز ٢٤ سنة وقتها وكنت أشعر أنني لست مستعداً للزواج، ولكن سوزان دفعتني دفعاً للزواج. كان يجب أن أتوقف لأفكر في حقيقة مشاعرها تجاهي عندما كانت تقول لي إنها ستقطع العلاقة ما لم نتزوج فوراً، ولكني خشيت أن أفعل ذلك، واستسلمت للأمر".

وأضاف: "وعندما رزقنا بأطفال، كنت أحقق نجاحاً في عملي. كنا نمتلك منزلاً جميلاً، ونحيا حياة اجتماعية جيدة، ولدينا الكثير من الأصدقاء. كانت علاقتنا الجنسية لا بأس بها. وما كان يصيبني بالتوتر في معظم الأحيان هو طريقة تعاملها وهي غاضبة. كانت تشعرني أنني أنا المخطئ دائماً كلما وقع خطب ما".

"أذكر ذات مرة أنه كان من المفترض أن نلتقي ببعض الأصدقاء في أحد المطاعم. حضرتُ إلى الموعد مبكراً، ووصل جيم وكارول في الميعاد. وبعد ٤٥ دقيقة، حضرت سوزان غاضبة وقالت بإصرار: لماذا جعلتني أنتظر؟ لقد أخبرتني أننا سنلتقي في

مطعم ستيك هاوس وليس لوبستر بيت. من حسن الحظ أنني اتصلت بالبيت لأكتشف ما أخبرت به جليسة الأطفال. أقل ما يجب أن تفعله هو الاعتذار. أعلم أنني أخبرتها بالمكان الصحيح، ولكني أشعر بالذنب حتى يومنا هذا".

"بطريقة ما أو بأخرى، كنت أشعر أنني أحتاج إلى سوزان حقاً. كانت تعرف أنني أشعر أنني سأنهار أو شيئاً من هذا القبيل بدونها. إنني لم أحظَ أبداً بأم حقيقية. لقد انفصل والدي وأنا في الرابعة. استعان أبي في تربيتي بمدبرة منزل، بينما تزوجت أمي برجل آخر ولم أكن أرها كثيراً".

"مضى على زواجي من سوزان ١٥ عاماً. في الصيف الماضي شعرت باكتئاب حقيقي؛ لم أكن أستطيع التركيز، واضطررت إلى الحصول على إجازة من العمل لثلاثة أسابيع، وكدت أشعر بميل إلى الانتحار. وبطريقة ما، تمالكت نفسي وتابعت حياتي، ولكن منذ تلك اللحظة، أدركت أنني عالق في فخ مع سوزان. لا يمكنني أن أغضب منها. ولا أستطيع المقاومة والدفاع عن موقفي عندما تغضب مني. وهي عندما تغضب تكون في غاية العنف. أظن أنني لو طلقتها ربما أحل جزءاً من المشكلة، ولكني لا أظن حتى أنني أستطيع فعل هذا. إنني أحتاجها لدرجة تجعلني لا أستطيع الاستغناء عنها".

"أحسست مرة أخرى بالاكتئاب هذا العام، ولكني أعرف الآن أن سوزان ليست هي وحدها التي تهاجمني. المشكلة تكمن في عجزي عن معالجة الأمر... بل في كيفية تشجيعي لذلك فعلياً... لماذا تزوجت بامرأة مثل سوزان في المقام الأول، امرأة ظننت أنني يمكنني الاعتماد عليها كمصدر للقوة والدعم. أنا من يجب عليه أن يتغير".

الخطوة الثالثة في عملية الهروب من الفخ تشتمل على تغيير البيئة، مثل العثور على وظيفة أخرى، أو الطلاق، أو تشجيع الشريك الآخر على التعاون بغية تحسين العلاقة. وفي الوقت نفسه، يجب أن يكون هناك أيضاً محاولة داخلية للتحرر من الصراعات والقيود التي تسببت في نصب الفخ وتعزيزه على مر السنوات. حتماً يشتمل كل جانب -الخروج مادياً من الفخ، أو تغيير البيئة، أو تعديل الأنماط السلوكية والعاطفية المؤدية إلى نصب الفخاخ- على الشعور باكتئاب حاد. أحد أهم أسباب قلة عدد الأشخاص الذين يحررون أنفسهم من الفخاخ الداخلية أو الخارجية هو نفورهم الطبيعي -المؤسف- من الشعور بألم الاكتئاب الحاد. ومراراً وتكراراً، يجد الأطباء

النفسيون أن مرضاهم مصابون باكتئاب حاد ناشئ عن محاولتهم تغيير نمط سلوكي متأصل يضر بحياتهم.

وبعبارة أخرى، الاكتئاب الحاد ينبه الناس إلى حقيقة وقوعهم في الفخ. وسوف يتم تنشيط هذا الشعور بالاكتئاب بواسطة أي جهود يبذلونها في محاولة الفرار من فخاخهم. والإدارة الناجحة للاكتئاب الحاد جزء متأصل من عملية تغيير شخصياتهم، مما يمكنهم من تحرير أنفسهم من الحاجة إلى نصب فخاخ جديدة.

اعتراف المرء بكونه مكتئباً هو الخطوة الأولى نحو الهروب من الفخ أو تحرير الذات من الاكتئاب المزمن. لذا فمن الضروري أن نتعرف على الصور العديدة التي يمكن أن يظهر بها الاكتئاب.

الفصل ٤

❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖

كيفية التعرف على الاكتئاب

يصعب على معظم الناس الاعتراف بأنهم مكتئبون. والواقع أن هناك تقارير أشارت إلى وجود تأخر زمني يبلغ ٣ سنوات في المتوسط بين وقوع الحدث المسئول عن اكتئاب الفرد واللحظة التي يدرك فيها أنه مكتئب.

يمكن بسهولة أن نخطئ تفسير حالة اكتئاب سريري تحتاج إلى مساعدة للتخلص منها على أنها نوبة طبيعية من الاكتئاب وجزء من الحالة الإنسانية. يقول "ثورو" معلقاً: "إن معظم الرجال يحيون حياة من اليأس الصامت". وكتب "شوبنهاور" يقول: "حياة الإنسان تتأرجح كالبندول بين الملل والحزن". وأكد "سارتر"، وغيره من الوجوديين، ضرورة أن يعاني الناس من شعور باليأس وإحساس بالخواء وكروب الحياة كجزء من اكتساب القدرة على تقرير مستقبلهم ومصائرهم.

ومرة أخرى فإن الأمزجة الاكتئابية غالباً ما يتم كبتها أو حجبها لأن معظم الناس يودون تعزيز الشعور بالسعادة والبهجة لأطول فترة ممكنة. وهكذا، وحيث إن الاكتئاب مؤلم، فغالباً ما يتم إنكاره.

إن تدني الحالة المزاجية يمكن أن يتسبب في تباطؤ عام في تفكير وتصرفات أي شخص يعاني الاكتئاب. وهذا التغير مضلل. فالاكتئاب في حقيقة الأمر عملية

شديدة النشاط، ولهذا فإنه مؤلم. وعلى الرغم من أن الشخص المكتئب قد ينسحب من الاتصالات الاجتماعية ويشعر -بدرجة كبيرة أو صغيرة- بالعجز والشلل، فإن هذه الاستجابة هي أثر الاكتئاب لا سببه. فتحت السطح، وأحياناً خارج حدود الوعي الحقيقي للإنسان، يوجد خليط شديد الاضطراب من الخوف والألم، وتستطيع الأسئلة المناسبة والملاحظات الملائمة أن تجعله يطفو فوق السطح بسهولة. ليس من المدهش إذن أن الإرهاق عرض شائع من أعراض الاكتئاب. فاليقظة المفرطة للجهاز العصبي يمكن أن تكون مرهقة ومستنزفة، والتوتر الناتج عن بذل جهد كبير لإبطال الجمود الذي يسببه الاكتئاب يمكن أن يكون مرهقاً أيضاً.

ونظراً لأن هذا الألم الداخلي يمكن أن يكون غير محتمل في بعض الأحيان، فإن هناك ميلاً طبيعياً إلى البحث عن ارتياح مؤقت من خلال استخدام العقاقير المتاحة شائعة الاستخدام، سواء كانت منشطات، أو مثبطات، أو كحوليات، التي هي في حد ذاتها مسببة للاكتئاب. هناك أيضاً ميل إلى منع الاكتئاب باستخدام الصور السلوكية "المضادة للاكتئاب" مثل الإفراط في الإنفاق، وإقامة العلاقات الجنسية غير الشرعية، أو الإفراط القهري في العمل، وهي أنماط تعزز في النهاية الصراعات الاكتئابية الكامنة. وحيث إن الاكتئاب هو نفسه ضغط جديد يستجيب له المرء، فإن هذه الاستجابة يمكن أن تتخذ صوراً عديدة تتراوح بين الملل، والسأم، والذعر الشديد.

من بين الطرق الأكثر شيوعاً للتعامل مع الاكتئاب: أن تكون على وعي ضبابي به، وأن تماطل بشأن تقبله، وأن تنخرط في تبريرات عقلانية هائلة، وأن تنكر أهمية علاماته: "لا أستطيع النوم ليلاً، وأستيقظ في الرابعة أو الخامسة صباحاً مما يجعلني متعباً وغير مهتم بما أفعله. لو استطعت النوم، فسوف أشعر بتحسن كبير. مكتئب؟ بالطبع لا".

علامات الاكتئاب الأساسية

يخفق كثير منا في تمييز الاكتئاب لأننا لا نعرف العلامات التي نبحث عنها. هناك تغيرات أساسية محددة مرتبطة بالاكتئاب، وهي لا تجتمع كلها معاً في كل حالة. ولا يوجد شخصان يظهران جميع التغيرات العاطفية والسلوكية في نفس الوقت أو حتى بنفس الطريقة.

أولاً، الاكتئاب عادة ما يرتبط باضطراب في النوم. معظم المكتئبين يلاحظون اضطراباً في عادات النوم. فقد يتطلب الأمر منهم وقتاً أطول للاستغراق في النوم. وهم يميلون إلى الاستيقاظ عدة مرات أثناء النوم، ولا ينعمون بنوم عميق، وربما يستيقظون مبكرين جداً قبل موعدهم المعتاد، ويقضون ساعات اليقظة -قبل الاستغراق في النوم وبعد الاستيقاظ صباحاً- في القلق بشأن المشكلات والضغوط. ورغم أنهم لا يدركون ذلك، فإنهم غالباً ما يخافون من الذهاب للنوم ليلاً ويبحثون عن أي عذر للسهر. كما أنهم يخشون بالمثل مواجهة النهار الذي ينتظرهم. وأي شخص يعاني من اضطرابات شديدة أو قديمة في النوم يجب أن يفكر في احتمال كونه مصاباً بالاكتئاب.

العلامة الثانية المهمة من علامات الاكتئاب هي انخفاض الرغبة الجنسية. يمكن أن يكون هذا مزعجاً بوجه خاص في الثقافات التي تقدر الأقوياء جنسياً. وقد يدل مثل هذا التغير على أن الصراعات المسببة للاكتئاب ذات طبيعة جنسية. وغالباً ما يعكس هذا انخفاضاً عاماً في الطاقة، أو تحويل الطاقة إلى محاولة للتغلب على تدني الحالة المزاجية. إن خفوت الاهتمام الجنسي لابد وأن يثير دائماً مسألة الاكتئاب.

ويرتبط فقد الشهية وتلاشي الاستمتاع الطبيعي بالطعام ارتباطاً وثيقاً بانخفاض الرغبة الجنسية. وهذان بدورهما يؤديان إلى نقص كبير في الوزن. وقد لا يكون الناس على وعي بحقيقة أنهم يتناولون طعاماً أقل من المعتاد حتى يجدوا أن ملابسهم قد اتسعت عليهم وأن الميزان يظهر نقصاً في الوزن يتراوح بين ٥ و ١٠ أرطال.

وأخيراً، هناك الشعور الذاتي بالاكتئاب؛ أي كيفية فهم الناس لما يشعرون به. "إنني أتألم داخلياً بشدة". "أشعر بالرغبة في البكاء في معظم الأوقات، ولكني لا أستطيع". "إنني أبكي بسهولة شديدة، ولا أستطيع السيطرة على بكائي". "إنني تعيس بشكل كامل". "فقدت اهتمامي بكل شيء كنت أهتم به سابقاً". "أشعر برعب شديد". "أشعر بالملل". "لا أستطيع اتخاذ قرار". "لا أستطيع التركيز بفعالية". "أشعر باليأس".

بالنسبة للكثيرين، يكون المزاج الاكتئابي عبارة عن شعور بنقص الثقة بالنفس. وهناك صلة وثيقة بين الحالة المزاجية وتقدير الذات. فالأشخاص الذين يشعرون

بأنهم "ضعفاء"، "فاشلون"، "تافهون"، "عاجزون" غالباً ما يكونون مكتئبين في واقع الأمر.

إذا كان الناس على وعي بالمشكلات التي يبدو أنها سببت الاكتئاب، فإنهم قد يميلون إلى المبالغة في التأمل فيها بإمعان. "ماتت أمي منذ ٥ أشهر، ولا أستطيع نسيانها". "أشعر حقاً أنني أختنق في عملي بسبب مرءوسي ورؤسائي". "هذه الزيجة لن تفلح". "أشعر بوحدة قاتلة منذ الطلاق". "لماذا لا نستطيع التواصل؟". المكتئبون غالباً ما ينتابهم شعور بالعجلة وبأنهم عالقون في فخ. لا يستطيعون رؤية أي حل للمأزق الذي هم فيه. لا يوجد مخرج. وتتراوح حالتهم المزاجية بين اللامبالاة واليأس.

العلامات الأساسية للاكتئاب هي: الأرق، قلة الرغبة الجنسية، فقد ملحوظ للشهية، نقص تقدير الذات، الإرهاق، حالة مزاجية داخلية تتراوح بين الملل واليأس الصريح. يبدو الأمر وكأن تدفق الطاقة الحيوية الذي يشع بصورة طبيعية من الشخص إلى البيئة من حوله قد توقف، في حين أن الثورة الداخلية والألم النفسي يتحركان بعنف داخل الجهاز العصبي. وحيث إن المكتئبين منشغلون دائماً بما يعانونه من ضغط، فإنهم يبدون ظاهرياً متمركزين حول ذواتهم ولا يستجيبون للمثيرات الخارجية، ولا يبالون باحتياجات الآخرين. ومن السهل أن تعرف السبب الذي يجعلهم يثيرون التعاطف في البداية، ثم نفاد الصبر والغضب، ثم الرفض الصريح -الذي هو عين ما يخشونه- في النهاية من الذين يعيشون ويعملون معهم، ولكن دون أن يدركوا ما يعانونه.

تخفق مجموعة خاصة من الناس في إدراك أنهم مكتئبون بسبب الميل إلى التعامل مع ضغوط الاكتئاب من خلال الأفعال المضادة. فبدلاً من فقد الوزن، يفرطون في الأكل. وبدلاً من ضعف الرغبة الجنسية، يسعون إلى التجارب الجنسية بصورة تكاد تكون قهرية. وبدلاً من الأرق، يفرطون في النوم، جزئياً نتيجة للتعب، ولكن أساساً كوسيلة للانسحاب من بيئة يجدونها لا تطاق. هذه التغيرات السلوكية توصف بأنها "غير سوية" وربما تنم عن وجود آليات نفسية وحيوية مختلفة إلى حد ما قيد العمل.

هناك تغيرات أخرى تنشأ عن إصابة المرء بالاكتئاب ويمكن أن تفيد كإشارات مهمة. صعوبة اتخاذ القرارات التي يمكن في ظروف أخرى اتخاذها بقليل من الجهد، ووجود مشكلات في التركيز، والميل إلى تأجيل الأمور كلها تغيرات شائعة. وقد يجد

المكتئبون أن الكتابة والقراءة صارتا أكثر صعوبة، ولكنهم غالباً ما يبررون هذا عقلانياً باعتباره فقداً للاهتمام. إنهم يماطلون في وضع الخطط أو التعهد بالالتزامات، ويؤجلون كل شيء، بداية من ترتيب الجدول الاجتماعي للعطلة الأسبوعية إلى تغيير المصباح إلى البحث عن وظيفة جديدة. وهذا أيضاً يتم تبريره غالباً بعبارة مثل: "كنت سأفعل هذا لو كان لدي المزيد من الوقت" أو "أنا كسول بطبعي".

عادة ما يحتاج المكتئبون إلى الانسحاب من الاتصال بالآخرين، حتى أولئك الاجتماعيون الودودون بطبيعتهم. هذا النفور من الاتصالات الاجتماعية ليس في الحقيقة رغبة في العزلة؛ فهم غالباً ما يتألمون من الوحدة ويخشون الرفض. بل هو يعكس بدلاً من ذلك خوفاً من الاتصال الشخصي بالآخرين، ويرجع هذا جزئياً إلى الألم الداخلي والحساسية الشديدة للملاحظات القاسية أو الفظة. وهو أيضاً ناتج عن الانخفاض العام في التدفق الخارجي للطاقة وفي قدرتهم على الانفتاح على الآخرين.

وبسبب التغير في إدراك الوقت، تبدو الأحداث وكأنها تقع ببطء أكبر. وبالنسبة للمكتئبين، فإن مفهوم "بيرجسون" الخاص بالزمن المتقلب حقيقة واقعية. فقد يشعر الشخص بأن الوقت أمامه ممتد بغض النظر عن رغبته الداخلية في الحركة. وبالتالي فإن البت في قضايا يحين وقت البت فيها بعد أيام أو أسابيع يبدو له أمراً لن يحدث إلا بعد دهر. وكما قالت إحدى النساء في وصفها لحالة اليأس التي انتابتها: "لا مجال للرجوع ولا سبيل للتقدم. أشعر بالعجز. الساعات والأيام تمر. لا أطيق هذا".

إن قدرة الشخص على ربط هذه التغيرات الذاتية العديدة والاعتراف بأنه مكتئب تكون حتماً أشد عندما يكون الاكتئاب حاداً، خاصة عندما يكون من الممكن تحديد الأحداث المسببة له بسهولة. ويكون من الأصعب كثيراً اكتشاف الاكتئاب بعد أن يستقر كنمط قديم بصورة تؤدي للخلط بينه وبين السمات الشخصية ("تلك هي طبيعتي؛ سلبي، ومتشائم")، وعندما يتعذر ربط الحالة المزاجية بأسبابها. لذا، عند تحديد ما إذا كان المرء مكتئباً أم لا، من المهم الذهاب إلى ما هو أبعد من الأسئلة التقليدية من قبيل: "كيف أشعر؟" و"كيف تغير سلوكي؟"، والنظر بالإضافة إلى ذلك في أسئلة مثل: "هل أنا شخص يمكن أن يصاب بالاكتئاب؟" و"ما نوع البيئة التي أعيش وأعمل فيها؟".

يجب على المرء أن يسأل نفسه هذه الأسئلة: "هل عانيت خلال السنوات القليلة الماضية من شيء يمكن أن يتسبب في الاكتئاب؟ هل تعرضت للرفض من قبل شخص أحببته؟ هل توفي أي شخص؟ هل حدث شيء في العمل يهدد تقديري لذاتي؟".

هناك أحداث معينة من المرجح أن تتسبب في درجة من الاكتئاب، منها مثلاً حدوث تغير كبير في وضع المرء الحياتي، سواء كان جيداً أو سيئاً: الحصول على ترقية، أو الطلاق، أو موت أحد الوالدين أو الأولاد، أو ترك البيت أثناء فترة المراهقة، أو التقاعد، أو اعتلال الصحة البدنية، أو العثرات المالية، أو الزواج، أو إنجاب طفل. عندما تكون الاستجابة لهذه الأحداث فورية وشديدة بدرجة ملائمة، لا يصعب اكتشاف الاكتئاب لأنه يكون حاداً. ولكن عندما يبدأ ببطء ويتراكم على مدى عدة أشهر أو سنوات، فقد يكون من الصعب ربط العجز، والأرق، والإرهاق، والانسحاب، وعدم الحساسية بمصدر هذه الأعراض، وبالتالي، يكون من الأصعب تفسيرها.

كانت مارثا رايتسون في الحادية والستين من عمرها عندما توفي زوجها الذي كانت قريبة جداً منه على مدار فترة زواجهما التي استمرت ٣٣ عاماً ولم يرزقا فيها بأولاد. كانت مارثا تعمل سكرتيرة لرئيس مصنع كبير لتعبئة الزجاجات وظلت –بعد وفاة زوجها– تعيش في نفس الشقة التي عاشت فيها مع زوجها الراحل.

توفي زوج مارثا في يونيو. ولاقت مارثا صعوبة في البكاء، ولم تشارك أحداً في أحزانها. حاولت بدلاً من ذلك الاستغراق في عملها. وخلال الصيف الأخير، حصلت على إجازة لمدة أسبوعين، ولكنها قطعتها وعادت إلى العمل بعد أن أحست بالملل والضيق في المنتجع الساحلي. وكانت عطلة عيد الميلاد اللاحقة في غاية الصعوبة، إذ كانت تشعر بالوحدة، وكثيراً ما كانت تستيقظ ليلاً مفتقدةً وجود زوجها بجوارها في الفراش. وخلال الخريف وأوائل الشتاء، لاحظت شعوراً بالإرهاق يشتد تدريجياً. ولكنها عزته إلى تقدمها في السن وإلى الطقس.

وفي أوائل فبراير، وقبل الذكرى السنوية لمولد زوجها، كانت مارثا تجد صعوبة في النهوض من الفراش صباحاً. تأخرت عن العمل عدة مرات، وهو أمر كان نادراً جداً بالنسبة لهذه المرأة الدقيقة. أما في عملها فقد بدأت في تأجيل مهامها أكثر وأكثر لدرجة أن صاحب العمل، اللطيف بطبعه، ولكن الذي نفد صبره، عبر في مناسبات عديدة عن انزعاجه من بطئها وعدم تحملها للمسئولية. ورغم أنها كانت تشعر بأنها

"مخطئة"، فإنها شعرت بجرح عميق بسبب نقده. وفي أحد الأيام، قدمت استقالتها من العمل في إجراء متهور.

ومن حسن الحظ أن صاحب العمل لم يقبل استقالتها، وأصر بدلاً من ذلك على أن تتحدث مع الطبيب بشأن صحتها. في البداية، كانت ميالة بشدة إلى رفض اقتراحه باعتباره تطفلاً على حياتها الشخصية، ولكن لأنها شعرت باهتمام حقيقي من جانبه، قررت في النهاية اتباع نصيحته.

عرف طبيب مارثا أنها مكتئبة؛ فوصف لها عقاراً مضاداً للاكتئاب ورتب لأن تزوره مرتين أسبوعياً لمدة نصف ساعة، كان أثناءها يشجعها على فحص وإطلاق المشاعر التي اختزنتها حيال فقد زوجها. واتضح أنها كانت تشعر بشيء من الذنب لأنها لم تضغط بما يكفي على زوجها للخضوع لفحص طبي سنوي. "لو أنني فعلت ذلك، فلربما اكتشفت إصابته بالسرطان مبكراً، وظل حياً حتى الآن".

وفي غضون شهرين، كانت مارثا أكثر بهجة وحيوية رغم أنها كانت لا تزال تشعر بنوبات خفيفة من الإعياء كما لو أنها قد تعافت من مرض طويل. ومن جديد عادت إلى أداء وظيفتها المعتادة والاستمتاع بها.

بالنسبة لمارثا رايتسون، منعها الظهور البطيء لاكتئابها -وهو في هذه الحالة استجابة حزن لم تتم معالجتها بشكل ملائم- من التعامل مباشرة مع الوفاة على مستوى عاطفي. لم تستطع الربط بين تدهور أدائها في العمل ووفاة زوجها واستجابتها لهذه الوفاة بسبب طول الفترة الفاصلة بين الحدث المسبب للاكتئاب وظهور شعورها بالاكتئاب. إنها حتى لم تعتبر نفسها مكتئبة حتى شرح لها طبيبها حالتها فاندهشت لاكتشافها أن تحرير مشاعرها والراحة التي وفرتها لها الأدوية المضادة للاكتئاب تمكنا بهذه السرعة من إعادتها إلى حالتها المعنوية الطبيعية.

الحساسية الشديدة

عند تقييم حساسيتها للاكتئاب، كان من الممكن أن تتأمل مارثا رايتسون إشارة مهمة أخرى: طبيعة شخصيتها. فشخصية الفرد ترتبط ارتباطاً وثيقاً بما إذا كان من المحتمل أن يصاب بالاكتئاب تحت ظروف معينة أم لا.

الإنسان سريع التأثر يتسم بحساسية شديدة تجاه الخسارة. تشير الدراسات

إلى أنه إذا تعرض الإنسان لفقد شخص عزيز خلال سنوات نموه، كوفاة أحد الوالدين، أو فرد آخر مهم من أفراد العائلة، فإن الحساسية للاكتئاب تزداد. كما يتسم الأشخاص الحساسون سريعو التأثر بالضمائر الحية، والمسئولية، والأخلاق. وهم سريعو الإحساس بالذنب، سواء بمبرر أو بدون مبرر، بوعي أو بدون وعي. وربما يتسمون بالطموح والحيوية عندما يكونون في حالاتهم المعنوية الطبيعية، ويتسمون بالتنافسية كذلك.

رغم وجود ميل إلى الاستغراق في شئونهم الذاتية، فإن الأشخاص الحساسين سريعي التأثر يراعون مشاعر الآخرين -أحياناً أكثر مما ينبغي- وربما يفرطون في الحذر خشية جرح مشاعر الآخرين دون قصد. وهم لديهم حاجة شديدة إلى الحب والاحترام، وعادة ما يجدون أنفسهم في علاقات عميقة، وأحياناً طاغية، ويعتمدون تماماً على من يحبون. وهم لا يتسمون بالمرونة، ويجدون صعوبة في وضع الحدود. وهم أشخاص شديدو الحساسية لأي شيء ينتقص من تقدير ذاتهم، سواء في أعينهم أو في أعين الآخرين. كما أنهم يجدون الرفض مؤلماً بشدة. وحاجتهم إلى ضبط النفس قوية؛ ولكن المفارقة أنهم غالباً ما يكونون عرضة للسيطرة من قبل الآخرين دون إدراك ما يحدث دائماً. ولديهم أيضاً حاجة للاحتفاظ بالسيطرة على بيئاتهم كوسيلة لمعالجة مخاوفهم واجتناب الجرح، وقد ينتابهم خوف شديد إذا تعرضت هذه السيطرة للخطر.

الأشخاص سريعو التأثر يجدون صعوبة في إدارة عدوانيتهم. فأحياناً، لا يدركون حتى أنهم غاضبون. ويصعب عليهم تعبئة عواطفهم للدفاع عن أنفسهم، حتى عندما يكون ذلك مبرراً وضرورياً. وكثيراً ما يكون الصبر، الذي هو فضيلة عادة، مسئوليتهم هم. وعندما تثار عدوانيتهم بشكل متكرر -سواء بصورة صريحة أو خفية- في العمل، أو العلاقة الزوجية، أو في بيئة يتم فيها كبت التعبير الطبيعي عن الغضب كبتاً شديداً، قد يجدون صعوبة في الحفاظ على اتزانهم العاطفي.

وثمة إشارة أخرى تدل على وجود الاكتئاب، وهي جودة التفاعل بين المرء وبيئته. وثمة سؤال مهم يجب طرحه هنا: "ما نوع المناخ النفسي الذي أعيش فيه؟". في بيوت معينة، ببساطة لا يكون مسموحاً بالتعبير بحرية عن الأفكار والمشاعر؛ وفي أخرى، يتم التعبير كثيراً عن مشاعر الغضب، والاستهجان. وعند التعامل مع المصابين

بالاكتئاب، غالباً ما يستطيع المعالج أن يميز وجود نقص في التواصل داخل أسرة المكتئب وافتقار إلى احترام النقاط الحساسة العادية.

وبالمثل، فإن بيئة أي شركة يمكن أن تعزز تقدير الذات لدى أفرادها. ومن ناحية أخرى، يمكن أيضاً أن تعوقهم بتشجيع المنافسة الهدامة، أو تقييد التواصل الصريح المفتوح، أو وضع توقعات مستحيلة، أو عدم وضع أي توقعات على الإطلاق، بسبب اللامبالاة أو التساهل المفرط. والأفراد الذين يعملون في مثل هذه البيئة قد يجدون صعوبة في التمسك بهوياتهم، وقد يشعرون بعدم الأمان والخوف من تحمل المسئولية. "إذا نجحت الفكرة وحققت أرباحاً، فسيذهب الفضل كله للشركة، أما إذا أخفقت فاللوم سيوجه إليك!". وقد يصبحون جامدين في جهودهم، ويخفون تعليقاتهم، ويرفضون تقديم أفكار جديدة، ولا يفعلون إلا ما ينبغي فعله للاحتفاظ بوظائفهم، ويعززون الجو المثبط للمعنويات داخل الشركة كلها. مثل هذه البيوت والشركات يمكن اعتبارها مولدات اكتئاب؛ أي تبعث الشعور بالاكتئاب لدى معظم الموجودين فيها.

كما أن بعض المهن تولد الاكتئاب بشدة أيضاً: مهنة الطب على سبيل المثال. فمعدل الانتحار بين الأطباء مرتفع للغاية، وكذلك الطلاق، والاضطرابات النفسية الجسدية. أما التنفيذيون في الشركات فيمثلون طائفة أخرى تعاني من نسبة مرتفعة من الأمراض المرتبطة بالضغط، مثل إدمان الكحوليات، وأمراض الأوعية الدموية، وأنواع أخرى من الاضطرابات النفسية الجسدية. وتنشأ هذه الأمراض غالباً بسبب وجود اكتئاب كامن لم يتم التعرف عليه ومعالجته.

يرد فيما يلي خمسة أسئلة مهمة تطرحها على نفسك لمساعدتك في تحديد ما إذا كنت مكتئباً أم لا:

١. هل تعاني من علامة أو أكثر من علامات الاكتئاب الرئيسية مثل: الأرق، الإفراط في النوم، فقد الشهية، الميل إلى الإفراط في الأكل، نقص أو زيادة ملحوظة في الرغبة الجنسية، تدني تقدير الذات، الإعياء، فقد الطاقة، العصبية والتوتر المستمران، الأمزجة الكئيبة؟

٢. هل شهدت حياتك أي تغيرات كبيرة -طيبة أو سيئة- خلال السنوات القليلة الأخيرة ربما تكون قد تسببت في حالة اكتئاب؟

٣. هل أنت شخص من النوع الذي يمكن أن يكون شديد الحساسية للاكتئاب؟

٤. هل يمكن أن يكون الاكتئاب مستتراً وراء أنماط سلوكية هدامة للذات، مثل شرب الكحوليات، أو تعاطي المخدرات، أو إدمان القمار، أو تدني مستوى الأداء، أو السلوكيات الشخصية الاستفزازية المثيرة للغضب؟

٥. هل تعيش أو تعمل في بيئة تضعف المعنويات؟

حتى بعد مثل هذا التقييم الذاتي، ربما يصعب اكتشاف الاكتئاب لأنه غالباً ما يكون مستتراً وراء الطريقة المحددة الخاصة التي يستجيب بها كل شخص لأي ضغط، بما في ذلك ضغط الاكتئاب نفسه.

الفصل ٥

التمويه

رغم أنه من المهم تصور الاكتئاب كوسيلة للاستجابة للضغوط، فمن المهم بنفس الدرجة أن ندرك أن الاكتئاب نفسه ضغط يستجيب له الفرد حتماً. بالنسبة لبعض الناس، فإن الإصابة بحالة اكتئاب طفيفة تعوق التركيز وتشجع التردد مؤقتاً قد لا تكون ملحوظة إلا بالكاد. وعلى العكس، فإن إنساناً ذا شخصية من نوع آخر قد يعاني من اكتئاب بنفس الدرجة فيجده شديد الألم والإزعاج. وبعبارة أخرى نقول إنه غالباً ما يصعب تحديد درجة الاكتئاب من خلال استجابة الفرد الصريحة الواضحة؛ لأن الأشخاص المختلفين يستجيبون لنفس الدرجة من الاكتئاب بصور مختلفة.

ثمة مثال توضيحي وثيق الصلة هو ويليام أجيس، وهو رجل صاحب ضمير حي، يتسم بالطموح، وينزع إلى المثالية. كان يعمل أخصائياً في بورصة نيويورك حيث كان مسئولاً دائماً عن المزايدات السريعة وعليه أن يتابع بدقة تأرجح أسعار مختلف الأوراق المالية.

ونتيجة لمشكلات منزلية، اعتراه اكتئاب طفيف. ونتيجة لعجزه عن النوم لليالٍ عديدة وانشغاله بشكاوى زوجته بشأن حياتهما معاً، أصبح من الصعب عليه أن يهتم بعمله. انتابه رعب من ارتكاب خطأ جسيم بقيمة آلاف الدولارات. عزز هذا الخوف

اكتئابه حتى اضطر في النهاية بعد أن أصيب بجمود خطير إلى طلب إجازة لعدة أسابيع. وخلال غيابه عن العمل، بدأ في الشعور بالخوف من أن تجد شركته شخصاً آخر يحل محله. لقد كان يأمل في أن يصبح شريكاً في غضون عام أو نحو ذلك. والآن، وقد بات يشعر أن هذا احتمال ضعيف، أحس بغضب متنام من نفسه بسبب "عدم كفاءته". تصاعد قلقه لدرجة أنه كان كثيراً ما يذرع شقته جيئةً وذهاباً على غير هدى، مما كان يثير مزيداً من الخوف لديه ولدى أسرته.

ما بدأ في هذا المثال كاستجابة اكتئابية بسيطة سرعان ما تطور إلى كابوس، لا بسبب شدة الاكتئاب، ولكن بسبب جمود ويليام ونزعته للمثالية. فنظراً لحاجته القهرية للأداء بمستوى مرتفع من الكفاءة في كل الأوقات، استجاب للاكتئاب بالفزع.

الفزع -مثله مثل الاكتئاب- هو في حد ذاته رد فعل نفسي حيوي للضغوط. بعض مرضى الاكتئاب الحاد لديهم مستويات مرتفعة من الكورتيكوسترويدات في الدم، وهي هرمونات تتكون في الغدد الكظرية استجابة للضغوط. ولكن هذا الارتفاع في الاسترويدات قد لا تربطه صلة بالاكتئاب نفسه، ولكن بالضغط الناتج عن الإصابة بالاكتئاب؛ لأن المستوى المرتفع بشكل غير طبيعي عادة ما يعود إلى المستوى الطبيعي خلال أسبوع أو عشرة أيام من دخول المستشفى وتلقي العلاج، أي قبل بدء زوال الاكتئاب نفسه بفترة طويلة. وهذا التغير الحيوي يدل على انخفاض مستوى الفزع الذي شعر به المريض أثناء الظروف التي أدت إلى نقله إلى المستشفى.

إن كيفية استجابتك للإصابة بالاكتئاب تعتمد بدرجة كبيرة جداً على شخصيتك وبيئتك. فبعض الناس مهيئون للاستسلام، بينما يميل آخرون إلى تحفيز أنفسهم أكثر وأكثر دون هوادة. قارن بين هاتين الحالتين:

كانت آليس لارفين تدرس بالسنة الثالثة بالكلية عندما أصيبت لأول مرة بالاكتئاب بسبب علاقتها بصديق كان يهتم بها أقل بكثير من اهتمامها هي به. أصبح لديها شعور متزايد باللامبالاة تجاه واجباتها الدراسية، وصارت تؤجل أبحاث الفصل الدراسي، وتجد صعوبة في التركيز خلال المناقشات الدراسية. ورغم أنها مشاركة نشطة بطبيعتها، فإنها كانت حينئذ صامتة وكئيبة بعض الشيء. بدأت تتغيب عن حضور الدروس وتمضي وقتها في غرفتها تتأمل موقفها. كانت تفكر أحياناً في الموت، ولكنها سرعان ما كانت تنبذ هذه الأفكار. وبعد شهر أو نحو ذلك من السلوك

اللامبالي البليد، قررت ترك الكلية والعودة إلى البيت. لم يبدِ أبواها اعتراضاً كبيراً. وبمساعدة منهما، حصلت على وظيفة بدوام جزئي في المكتبة العامة المحلية. شعرت أنها "تعيسة"، ولكنها كانت في الوقت نفسه مقتنعة بأنه ليس هناك الكثير مما يمكنها عمله بشأن حالتها، إن كان هناك ما يمكن عمله أصلاً. وعندما كان أصدقاؤها السابقون يتصلون بها، كانت تتجنب التحدث معهم وترفض الدخول في أي علاقة عاطفية.

وباستثناء بعض الملل والاستياء ونوبات عرضية من الإسهال والتقلصات المعوية، استقرت في روتينها الجديد لأكثر من عام. لقد استسلمت آليس في مواجهة اكتئاب خفيف.

وعلى النقيض، أصيب سايمون رانك، المدير التنفيذي لأحد المعاهد البحثية في العلوم الحيوية، بالاكتئاب عندما واجهته ضغوط مفاجئة في حياته المهنية وفي زواجه. شعر أنه ممزق بين التركيز على تحسين حياته العائلية وتحمل مسئولياته الجسيمة في المعهد، حيث كانت تتهدده صراعات مع مجلس الإدارة.

بدأ سايمون يعمل لمدة ١٠ ساعات يومياً في إعداد التقارير ومراجعة الخطط والميزانيات. فحيث إنه يتعرض للإعاقة ويواجه صعوبة في الاهتمام بالتفاصيل، حاول أن يعوض بالوقت والمجهود ما فقده في التركيز والحسم. وفي بيته، كانت شكوى زوجته تتصاعد من الساعات الطويلة التي يقضيها في العمل، كما أنها أعربت عن قلقها على صحته. وتحول الوقت الذي يقضيانه معاً إلى مشاحنات. فالتمس من زوجته مزيداً من الصبر على الضغوط التي يتعرض لها.

كان ينام حوالي ٤ ساعات في الليلة، ويفوت بعض الوجبات فنقص وزنه ثمانية أرطال، وشعر بإرهاق شديد. ومع ذلك، فإنه كلما شعر أنه أسوأ حالاً، بذل جهداً أكبر وأكبر حتى لم يعد يستطيع أن يبذل المزيد. وبسبب عجزه عن التخلص من شعوره بالاكتئاب، مع عجزه في الوقت نفسه عن الانسحاب من الميدان -ولو حتى مؤقتاً- أصيب بآلام في الصدر اضطر معها طبيب الأسرة إلى إدخاله المستشفى لإجراء فحص دقيق. وأثناء هذا الفحص، تم اكتشاف إصابته بالاكتئاب، وبدأ علاجه منه.

شخصية الفرد، أو كيفية استجابته للضغوط، تؤثر بشدة على طريقة استجابته المحددة لتغير الحالة المزاجية. إحدى الطرق الأكثر شيوعاً للاستجابة للاكتئاب

هي تنشيط القلق والتوتر. وظهور هذه المشاعر يمكنه غالباً أن يخفي تماماً الاكتئاب الكامن. والقلق في الأساس عبارة عن حالة من الترقب، والعصبية، والخوف البسيط، والاضطراب. فإذا كان لهذا القلق بؤرة تركيز غير منطقية، سمي "رهاب"؛ والشائع من أنواعه "رهاب المرتفعات" و"رهاب الأماكن المغلقة" و"رهاب الجماهير". والقلق غالباً ما يكون "غامض السبب" غير مرتبط بأي شيء، ولكنه يركز بسرعة على الهموم العادية التي تشغل الجميع، مثل الضائقات المالية، أو المشكلات الصحية. "لو أن لدي مالاً أكثر، لما كانت لدي أي مشكلات أخرى". "أيمكن لهذا الورم الصغير في ثديي أن يكون خبيثاً ويكون الطبيب قد أخطأ؟".

غالباً ما يرتبط القلق بأعراض بدنية أيضاً مثل اضطراب نبض القلب، والعرق الغزير، والدوار، والضعف، ويمكن تمييزه بدنياً عن التوتر الذي يشتمل على شد عام في الجهاز العضلي للجسد بأكمله. وغالباً ما يقول الأشخاص الذين يعانون من توتر حاد إنهم يشعرون كما لو كانوا يرتدون بدلة مصفحة ضيقة جداً تضغط عليهم. وبالطبع قد يكون التوتر كذلك موضعياً، ويشمل أجزاءً معينة فقط من الجسم مسبباً تيبس الرقبة، أو آلام الصدر، أو صعوبة التنفس، أو الصداع، أو الشد والثقل في عضلات الساقين.

ينشأ القلق عن إدراك وجود خطأ ما دون أن يعرف المرء من أين يأتي الخطر. ولكن التوتر غالباً ما ينشأ عن ضغوط متكررة تتطلب من المرء الحفاظ على سيطرته على عواطفه وعلى الموقف في وقت واحد. فمثلاً، مندوب المبيعات الذي يواجه مجموعة من العملاء المحتملين الذين يتصفون بالوقاحة وكثرة المطالب ربما يضطر إلى مقاومة الدافع لأن يضربهم في نوبة غضب، وبذلك يزيد توتره خلال ذلك اليوم. وفني الكمبيوتر البارع قد يستفحل توتره عندما يواصل جهازه تقديم معلومات خاطئة، ولا يستطيع هو تحديد موطن الخطأ في البرنامج بسرعة.

القلق والتوتر طريقتان شائعتان للاستجابة للضغط. وعندما يكون الضغط هو الاكتئاب نفسه، فإنهما قد يصبحان واضحين. ومع الأسف، إذا استشار المكتئب طبيباً، فإنه غالباً ما يتلقى علاجاً للقلق والتوتر فقط في حين يظل الاكتئاب الكامن مستتراً محجوباً لفترة طويلة من الزمن. *يجب دائماً الاشتباه في الاكتئاب إذا استمرت نوبات القلق والتوتر شهراً بعد شهر ولم تخففها الإجراءات العلاجية العادية مثل*

الاستجمام أو الذهاب في إجازة، ولم تستجب للمهدئات التي يتم تعاطيها لفترة زمنية قصيرة فقط وبناءً على توصية الطبيب.

إذا أظهر شخص ما أي أعراض على القلق العصبي النفسي -علماً بأن معظم الناس يظهرون بعض هذه الأعراض، مثل بعض أنواع الرهاب الخفيف- فإنه قد يستجيب لإصابته بالاكتئاب بزيادة مفاجئة في الخوف.

في عمر ٢٣ عاماً، استشارت إدنا ماركي طبيباً نفسياً بسبب إصابتها بحالات رهاب تتعلق بالسفر. كانت تخشى ركوب السيارات والقطارات والطائرات والحافلات. وبدأت هذه القيود تتطور خلال تجربتها الجنسية الأولى مع زوجها الأول الذي لم تكن تحبه كثيراً.

وعندما انفصلت إدنا عن زوجها، وحصلت من خلال المعالجة على فهم عميق لمشاعر الذنب والتناقض التي كانت تشعر بها تجاه الجنس والرجال، هدأت مخاوفها. وبعد ذلك تزوجت وأنجبت ثلاثة أطفال وعاشت حياة هادئة تخلو من التعقيد. ورغم أنها لم تتخلص بشكل كامل أبداً من خوفها من السفر، فإنها تمكنت، بمساعدة زوجها، الذي كان يتولى قيادة السيارة، وبأخذ دواء مهدئ قبل الصعود إلى الطائرات، من التكيف بصورة كبيرة.

وعند بلوغها ٤٣ عاماً، ماتت أمها بداء السرطان. وفي الوقت نفسه، حملت ابنتها البالغة من العمر ١٨ عاماً حملاً غير شرعي وخضعت لعملية إجهاض. عندئذ كانت إدنا نفسها تعاني من زيادة في وزنها بمقدار ٢٠ رطلاً، وكانت تشعر أنها عجوز وأنها لا تتمتع بالجاذبية.

ورغبة من زوجها في إدخال السرور على قلبها بعد جنازة أمها وإجهاض ابنتها، رتب لرحلة إلى الكاريبي. كانت مسرورة، ولكن مع قرب يوم الرحيل، بلغ خوفها من الطيران درجة تقارب الفزع، وأصرت على إلغاء الرحلة، وأذعن زوجها غاضباً.

تدريجياً، وعلى مدار الأسابيع القليلة التالية، بدأت مخاوفها تزيد. في البداية، لم تكن تذهب إلى أي مكان بالسيارة. ثم توقفت حتى عن الخروج من منزلها. وأي محاولة لفعل هذا كانت تصيبها بشعور بالدوار والخوف والتوتر. كانت تشعر بالارتياح طالما كانت في البيت، بالرغم من أنها لم تكن تنام جيداً ليلاً. وبالطبع، أجبرتها هذه المخاوف على تجنب الأحداث الاجتماعية، كما أنها لم تستطع حمل نفسها على حضور حفل تخرج ابنها من المدرسة العليا. وحيث إن أسرتها لم تكن تفهم طبيعة ما يحدث،

فقد بدأ صبرهم ينفد من سلوكياتها. وهذا أدى لتعزيز إحساسها باليأس.

طريقة إدنا ماركي التقليدية في معالجة الصراع والضغط تمثلت في توظيف آلية تعرف باسم الانفصال؛ بمعنى أن تطرد من وعيها الصراعات التي واجهتها والمشاعر المرتبطة بها وتستبدلها بشبكة من المخاوف الرهابية. وهذه مناورة شائعة يستخدمها الناس عموماً فيما يسمى بـ "نمط الاستجابة النفسي العصبي الهستيري". بطبيعة الحال، عندما أصيبت بالاكتئاب رجعت إلى طريقتها المعتادة في إدارة الضغوط.

إلا أننا نستطيع العثور على الإشارات الدالة على ما كانت تعانيه إذا نظرنا إلى سلوكها وتجاهلنا -مؤقتاً- رهابها الذي كان يخفي الاكتئاب. لقد كانت عاجزة، وكان ينتابها إحساس متنام بالضآلة كانت تعزوه إلى عجزها. لم تكن تنام جيداً، وآثرت الانسحاب. كافة عناصر الاكتئاب كانت واضحة، ولكن إدنا أو أسرتها لم تميزها. حتى الحدث المفاجئ -وفاة أمها- اتبع النمط التقليدي وهو فقد شخص عزيز عليها.

الاكتئاب إذن هو استجابة للضغط ويصبح هو نفسه ضغطاً ويتم التعامل معه من خلال شكل سلوكي معين مميز لكل شخص. هناك أشخاص يهمهم جداً أن يعملوا بمستوى عالٍ من الفعالية، والبطء والقيود المرتبطة عادة بالإصابة بالاكتئاب تمثل تهديداً شديداً لهم. ويميل آخرون إلى الإفراط في الأكل تحت الضغوط، وعندما يصابون بالاكتئاب، يظهر عليهم زيادة ملحوظة في الوزن، وليس نقصاً في الوزن، حيث إنهم يملئون بطونهم بالطعام لتخفيف إحساسهم بالخواء. وبالنسبة للبعض، التوتر البدني المباشر هو الطريقة الرئيسية للاعتراف بالتغير في المزاج.

عندما كان هارولد فيتر يتعرض للضغوط -سواء في العمل أو في حياته الشخصية- كان "يشعر بها" بدنياً. كانت عضلات مؤخرة عنقه تتقلص وكان يشعر بشد في ربلتي ساقيه وكثيراً ما كان يلعب الإسكواش أو يمشي لبضعة أميال لإرخائها. وحيث إنه كان يشعر بآلام في الصدر بين الحين والآخر، فقد كان يخشى أن يكون مصاباً بنوبة قلبية ولم يطمئن إلا بعد إجراء رسم قلب كهربائي أظهر أن قلبه طبيعي. ومن وقت لآخر، كان يصاب بنوبات صداع، ولكن الأسبرين كان يخففها عادة. كان هارولد يقول: "أنا رجل متوتر. عندما تعمل في صناعة النسيج، حيث الكثير من المخاطر والمفاجآت والقسوة والتنافس، تصبح متوتراً. كثيراً. ولكنني اكتشفت وسائل للتغلب على التوتر. وهي تنجح دائماً".

عندما أصيب هارولد بالاكتئاب بعد فشل ابنه الوحيد في القبول بكلية الحقوق، واكتشافه بعد ذلك ببضعة أشهر أن زوجته تخونه، لم يدرك اكتئابه على أنه اكتئاب. لم يصبه اليأس، ورغم أنه كان غاضباً، فإن شعوره بالتشاؤم من الحياة لم يزد عن المعتاد. وبعد أن رحل عن بيته إلى شقة صغيرة، استمر في ممارسة لعبة الجولف خلال العطلات الأسبوعية، ومن حين لآخر كان يخرج مع العارضات والمشترِيات، وبدأ في الحضور إلى العمل الساعة ٦:٣٠ صباحاً.

غير أن الطرق العادية التي استخدمها لتخفيف التوتر بدأت تفشل. كان التوتر يصيبه بالأرق في الليل. وزادت حالات الصداع من حيث التكرار والمدة، وأصبحت بالكاد تتأثر بالأسبرين. وبعد لعب مباراة اسكواش، كان يشعر بدرجة أكبر من الشد والإرهاق. أما في العمل، فقد بدأت الضغوط العادية للحياة اليومية تؤثر عليه تأثيراً عميقاً. وبسبب توتره، فقد كان كثيراً ما يحتد ويغضب على شركائه وموظفيه. كان يشعر وكأن جسده بداخل سترة ضيقة تضيق أحياناً أكثر وأكثر بحيث يكاد لا يستطيع التنفس.

استشار هارولد طبيبه عدة مرات. لم تعد طمأنة الطبيب له على صحته البدنية كافية لتهدئة مخاوفه. وخلال زيارته الأخيرة، اندفع حانقاً خارج الغرفة وهو يصيح قائلاً إنه سيبحث عن طبيب آخر أكثر كفاءة. وعندما حاول محامو زوجته المصالحة بينهما، أوضح لهم تماماً أنه لا يعتزم العودة إلى البيت ثانية، ولا حتى أن يطلقها.

لم يخطر بباله أبداً أنه مكتئب. اجتمع التوتر، وسرعة الغضب، والقلق بشأن صحته البدنية، وقناعته بأن العالم كله ضده للعمل على حرمانه من معرفة أنه يستجيب -بطريقته- لضغط ناشئ عن كونه مكتئباً.

عادة ما تفشل محاولات تقليل التوتر أو القلق الذي يخفي الاكتئاب، سواء كانت في صورة إجازة، أو طلاق، أو تغيير للوظيفة؛ لأن التغير المزاجي الأصلي يظل غير مدرك ولم يتم حله. ولأن الاكتئاب يمكن أن يتجلى بطرق عديدة ومختلفة، فإن الشخص العادي قد يحتار عند محاولة فهم ما يعانيه.

عند ذكر كلمة "اكتئاب"، كثيراً ما يقر المريض قائلاً: "نعم! إنني مكتئب". قد يتولد لديه شعور بالارتياح عندما يعلم أن شعوره بالإرهاق ليس ناشئاً عن مشكلات بدنية مثل فقد الشهية، أو نقص الوزن، أو المرض. أخيراً أصبح الأمر مفهوماً بالنسبة له. فالمريض يفهم الآن أن ما كان يعاني منه هو الاكتئاب.

طرق مختلفة للشعور بالاكتئاب

شجع المحللون النفسيون الوجوديون من أمثال "لودفيج بنسفانجر" -مبتعدين عن قالب التحليل النفسي التقليدي المتمثل في البحث عن الإجابات في تاريخ المريض في المقام الأول- شجعوا المعالجين على عدم الاكتفاء بالسؤال عما يعاني منه المريض، بل السؤال أيضاً عن كيفية معاناته. هذا سؤال حاسم في مسألة الاكتئاب. فكثير من الناس يستخدمون مصطلح "اكتئاب" على نحو فضفاض، قائلين إنهم مكتئبون عندما لا يكونون في الحقيقة كذلك. وكثير منهم -نظراً لطريقة استجابتهم لإصابتهم بالاكتئاب، أو لأنهم فقدوا الاتصال بمشاعرهم الداخلية- ينكرون إصابتهم بالاكتئاب عندما يكونون في واقع الأمر مصابين به.

قالت شابة تبلغ ٢٨ عاماً: "لست مكتئبة حقاً، ولكنني أشعر بوحدة شديدة لدرجة تؤلمني. مادامت لدي صديقات، أكون على ما يرام، وأستطيع أن أكون بمفردي، أقرأ أو أتسكع، دون أن تزعجني الوحدة. ولكن عندما تبتعد عني صديقاتي، أشعر بانزعاج شديد لدرجة الفزع ولا أستطيع فعل أي شيء ولا أطيق كوني وحيدة".

وقالت امرأة تبلغ ٤٠ عاماً من العمر: "أقول إنني مرعوبة".

"أخاف دائماً من فقد زوجي لصالح امرأة أخرى، من فقد وظيفتي، من حدوث مكروه لأحد أولادي. هذه المخاوف تطاردني. إنني لم أكن هكذا دائماً، بل خلال العام الماضي فقط منذ انتقالنا إلى بيتنا الجديد".

أجاب طالب في السنة الثالثة بكلية الطب قائلاً: "منذ الفصل الدراسي السابق، حيث استمعنا لمحاضرة عن الضعف الجنسي، وأنا أخشى أن أكون مصاباً به. هذا الأمر يقلقني كثيراً. أحياناً تسيطر علي الفكرة بحيث لا أستطيع التركيز في عملي. أشعر بالرغبة في ترك الدراسة لبعض الوقت. إنني لم أتأكد بعد، ولكنني مرعوب".

قال أخصائي اجتماعي في منتصف العمر: "غاضب".

"غاضب من العالم كله إلى الأبد. لست شاعراً بالمرارة، ولكنني غاضب".

"فارغ. فراغ يجعلني أرغب في الموت".

يؤكد المحللون الوجوديون أن الطريقة التي يصف بها الناس ما يعانونه تعتبر إشارة لا تقدر بثمن تنم عن طبيعة المشكلة الكامنة. على سبيل المثال، عندما سُئلت إدنا ماركي -التي تجلى اكتئابها في سلسلة من المخاوف الرهابية- خلال المعالجة عن كيفية معاناتها من حالاتها الرهابية أجابت قائلة: "إنها تصيبني بالشلل، فأشعر بأنني سجينة، وكأنما ارتكبت جريمة ما. زوجي وأولادي غاضبون مني، وهذا يشعرني فعلاً بالتفاهة وعدم القيمة. لا أريد رؤية أصدقائي. أشعر أنني فاشلة كأم. بطريقة ما أشعر أنني الملومة لأن ابنتي اضطرت إلى إجراء عملية إجهاض. لو كانت أمي حية الآن لاعتقدت أن الذنب ذنبي".

تصبح الطبيعة الاكتئابية لتجربة إدنا وشعورها الهائل بالذنب الذي يسهم في حالتها واضحة تماماً عندما يتم استكشاف "الكيفية" التي كانت تعاني بها؛ أي عندما يذهب المرء إلى ما وراء المظاهر الأكثر وضوحاً لاستجابتها.

سايمون رانك حالة مماثلة. لقد قال وهو يصف دافعه القهري للإفراط في العمل: "ليست هناك طريقة أخرى. أنا على قناعة أنني إذا توقفت عن الحركة، فسوف ينهار كل شيء. لن أستطيع البدء من جديد. لا خيار أمامي. لم أعد أستطيع أن أكون عفوياً. الحياة هي التي تقودني ولست أنا من يوجهها. يروعني حقاً أن أكون عاجزاً. وليس هناك من أستطيع الاعتماد عليه. إذا توقفت، فسوف أموت".

الطرق المعقدة التي يرى بها الناس أنفسهم تصعّب قياس "قدر" الاكتئاب الموجود لديهم. سايمون رانك مثلاً، بإصراره الشديد على الإبقاء على تماسك حياته، وهجومه العنيف على العالم في مواجهة الانهيار، ربما كان بالفعل "أكثر اكتئاباً" من حيث الكم من آليس لارفين التي تركت الدراسة ومكثت في البيت لمدة عام واستسلمت بدلاً من مقاومة العقبات التي صنعها الاكتئاب. بالنسبة للمراقب العابر، ربما تخفي قدرة سايمون رانك على التكيف عمقَ شعوره باليأس، في حين يخفي إذعان آليس لارفين لتعاستها بساطة اكتئابها.

لذا فإن التعرف على الاكتئاب أمر تعقده حقيقة أن الاكتئاب، باعتباره صدمة للإنسان، يتم علاجه بطريقة خاصة مختلفة من إنسان إلى إنسان. وأحياناً، يعالج الناس الاكتئاب من خلال التفعيل.

التفعيل، والكحوليات، والمخدرات

يستخدم الطبيب النفسي مصطلح "التفعيل" لوصف عملية ترجمة صراع داخلي إلى تغير سلوكي. فإطلاق الغضب بطريقة مباشرة مثلاً لا يعد من صور التفعيل؛ لأن التفعيل بطبيعته يقتضي عدم معرفة الشخص أن صراعه الداخلي يقرر نمطه السلوكي. وهكذا، يكون التفعيل خارج سيطرة الشخص إلى أن يعرف ما يحدث. فالمراهقون المكتئبون الذين يستفزون آباءهم ومعلميهم مراراً بالإعراض عن الدراسة وتحدي القواعد لا يحتمل أن يصنعوا بأنفسهم صلة بين إحساسهم الداخلي باليأس، والسلوك الذي يثير مراراً وتكراراً خيبة أمل الكبار أو يستحق عقابهم. فرجل في الخمسين من عمره يقع في حب امرأة في العمل تصغره سناً قد لا يدرك أن إثارته الجنسية والعاطفية تقيه من إدراك خوفه من التقدم في السن، وقد تعكس بطريقة غير مباشرة غضبه من زوجته وأسرته.

الكحوليات وأنواع المخدرات الأخرى تعد واحدة من أكثر الطرق شيوعاً لترجمة الصراع الداخلي إلى صراع سلوكي كوسيلة استجابة لاكتئاب غير مدرك. فالكحول وسيلة ذات فعالية مؤقتة لحجب المشاعر المؤلمة الناجمة عن الإصابة بالاكتئاب، وهو يحسن الاختلاط بالآخرين (الفرد المكتئب غالباً ما يضطر إلى مقاومة الميل للانسحاب من الاتصالات الاجتماعية)، ويبلد العواطف، ويقلل المثبطات، ويسمح بإطلاق الغضب (الذي لا يستطيع المكتئب التعامل معه)، ويعزز من كبت فكرة أن هناك خطأً من أي نوع.

ولكن الكحول وسيلة ضارة؛ فهو في الواقع عقار مثبط للجهاز العصبي المركزي يؤدي في النهاية إلى زيادة حدة الاكتئاب الكامن. وكثيراً ما كان أحد معتادي شرب الكحوليات يشكو قائلاً: "أشعر أنني شخص بغيض. أريد أن أموت". إنه يتناول كأساً من الكحوليات ليشعر بالتحسن، فتصبح حالته أسوأ في النهاية.

الاعتياد هو الاعتماد على عقار معين -وهو في هذه الحالة الكحول- أو على نمط سلوكي، مثل العلاقات الجنسية غير الشرعية، كوسيلة للتغلب على الضغوط. أما الإدمان فهو أمر آخر. فمدمنو الكحوليات يشهدون تغيراً كيميائياً حيوياً -ذا طبيعة ليست مفهومة تماماً- بحيث تحتاج أجسادهم إلى الاستخدام المستمر للكحول للشعور

بالارتياح وتلبية احتياجات بدنية معينة. ويكون الإدمان نتيجة للتفاعل بين الكحول وبين خلايا الجهاز العصبي المركزي. وما أن يحدث هذا، لا يمكن عكس تأثيره. وليس جميع المسرفين في الشراب مدمنين، ولكن كأساً واحداً من الكحول بالنسبة للمدمنين يكفي لتنشيط عملية التوق الكيميائية الكامنة.

الكحوليات هي مجرد نوع واحد من عدة عقاقير يستخدمها الناس للهروب من مواجهة الاكتئاب. فالأرق -وهو علامة شائعة من علامات الاكتئاب- غالباً ما تتم مقاومته بمشتقات البينزوديازيبين، وغيرها من الأقراص المنومة التي تستخدم بانتظام لفترة تستمر لسنوات مما يتسبب في فقد الشخص للثقة بقدرته على الاستغراق في النوم بصورة تلقائية طبيعية ويسفر عن التعود والإدمان. والعقاقير الأخرى التي تؤثر على السلوكيات، مثل الكوكايين، والأمفيتامينات، والماريجوانا، وعقاقير الهلوسة، بل والهيروين، يتم تعاطيها غالباً في محاولة للتغلب على اكتئاب غير معروف.

فتاة تبلغ ١٧ عاماً من العمر ذهب بها أبواها إلى طبيب نفسي لأنها كانت تتعاطى الكحوليات، والباربيتوريت، والأمفيتامينات لأكثر من عامين. وقد أرجعت تعاطيها للمخدرات إلى الرغبة في التجربة، ولكن بالاستعراض الدقيق لتاريخها، تبين أنها كانت مكتئبة -دون أن تعرف- منذ طلاق أبويها قبل ذلك الوقت بثلاثة أعوام. وبعد ذلك بفترة قصيرة، صارت حاملاً وخضعت لعملية إجهاض. وبعد ذلك، بدأت تشعر بالاكتئاب بدرجة ما، وكانت تتخلص منه مؤقتاً من خلال تعاطيها عقاقير مختلفة.

التفعيل ظاهرة شائعة بين المراهقين. لذا، لم تكن مفاجأة أن حاولت هذه المراهقة التغلب على رد فعلها تجاه تمزق بيتها من خلال المخدرات والحمل. وتشير الدراسات التي أجراها الطبيب النفسي "لورانس داونز" إلى أن كثيراً من النساء اللاتي ينتهي حملهن بالإجهاض صرن حبالى لإيجاد حل -بصورة غير واعية- لمشكلة تتعلق بتقدير الذات تسببت فيها فترة من الاكتئاب.

الطرق المختلفة الكثيرة التي يستجيب بها الناس للاكتئاب قد تخفي الاكتئاب نفسه، مما يجعلهم يؤجلون فهمه ومواجهته. والأقنعة السلوكية هي الأكثر خداعاً والأكثر احتمالاً أن تشجع نصب الفخاخ. وفي ثقافة تتسم بتعددية النظم القيمية وبدرجة عالية من الحراك الشخصي والجغرافي، يوجد اتجاه أكثر من أي وقت مضى

نحو ترجمة الاكتئاب إلى أنماط سلوكية لا أنماط شعورية؛ سلوكيات قد تكون أحياناً معادية للمجتمع بشكل صريح، ولكنها دائماً وأبداً ما تؤذي الفرد الذي يسعى للهروب من الاكتئاب.

الفصل ٦

ما يمكن توقعه من العلاج النفسي

كثيراً جداً ما يؤجل من يعلمون أنهم مكتئبون التماس مساعدة متخصصة لأنهم لا يعرفون ما يمكن للعلاج النفسي أن يقدمه لهم. فكثيرون يعتبرون العلاج النفسي مرادفاً لنوع من التصورات الكرتونية للتحليل النفسي التقليدي، حيث يجلس المعالج مومئاً برأسه، على وشك الاستغراق في النوم وهو يحدق في السقف، وراء المريض الذي يثرثر وهو مستلقٍ على ظهره فوق أريكة جلدية. أو يتم تصويره بشكل مشوه في السينما كشخص يستمع بلامبالاة بينما يناضل المريض بحثاً عن الكلمات، وبمجرد أن يبدأ المريض في التعبير عن مشاعره المهمة، ينظر فجأة في ساعته وينهي الجلسة ويخبر المريض بحاجته لمواصلة العلاج الأسبوع القادم في نفس الوقت ونفس المكان. في أفلام الكرتون وفي السينما، ربما تكون هذه الصور مسلية. ولكنها بالنسبة للملايين تؤكد شكوكهم الخفية في أن العلاج النفسي هو إجراء مكلف غير فعال، وربما حتى استغلالي، وأنه لا خيار أمامهم غير الاستمرار في الحياة والصراع مع تعاستهم بأنفسهم.

حيث إن المكتئبين يشعرون باليأس بالفعل، فليس من الصعب أن تقنعهم بعدم وجود حلول لمشكلاتهم. وحيث إنهم غالباً لا يرون متاعبهم إلا من منظور موقفهم الحياتي، لا من منظور كيفية رؤيتهم له وتعاملهم معه، فمن المنطقي أن يسألوا أنفسهم: "ما الذي يستطيع طبيب أو مرشد فعله من أجلي على أي حال: هل سيجد لي وظيفة؟ يغير موقف زوجتي تجاهي؟ يوازن ميزانيتي؟".

مهنة الطب النفسي ذاتها أسهمت في هذه المقاومة بتشجيع فلسفة "التقيد بأساليب علاجية معينة"، وهي تعني في الأساس معرفة المعالجين بأسلوب أو اثنين لحل الصراعات العاطفية، وميلهم إلى استخدام مهاراتهم بشكل محدود، دون الرجوع الضروري إلى حالة المريض أو مجموعة المشكلات المعينة التي يواجهها. المحللون النفسيون التقليديون يحللون مرضاهم نفسياً وهم مستلقون على أريكة أربع أو خمس مرات كل أسبوع. أما المعالجون بنظام العلاج الجماعي فيلتقون بمرضاهم أسبوعياً أو في جلسة مواجهة أثناء عطلة أسبوعية طويلة تضم سبعة أو ثمانية مشاركين ويركزون على علاقات الأفراد ببعضهم البعض أو على التحليل التفاعلي. وأما الأطباء النفسيون ذوو التوجه البيولوجي فيصفون العقاقير المضادة للاكتئاب أو العلاج بالصدمات الكهربائية، غالباً دون اهتمام كبير بالمكونات النفسية لحالة المريض. والمعالجون بطريقة الصرخة الأولية ينتظرون صرخة مرضاهم الأولية. والمعالجون التابعون لمدرسة الجشتالت يشجعون مرضاهم على لكم الوسائد كبديل لأمهاتهم اللائي يكرهونهن. وتستخدم تمرينات التنفس لتقليل القلق. أما التأمل المتسامي فهو مصمم لتقليل العقلانية وتحقيق مزيد من الاتصال بين الفرد وتجاربه الحسية، وتقليل التوتر أثناء ذلك.

إن تنوع الأساليب العلاجية يجعل من الصعب على أي متخصص أن يتلقى تدريباً متعمقاً على جميع الطرق المتاحة. ويمكن للأطباء النفسيين -إذا تخلوا عن فلسفة التقيد بأساليب علاجية معينة- أن يكونوا أكثر قدرة على فهم فوائد وأوجه قصور الطرق التي أتقنوها، وعلى معرفة كيفية تعديلها حسب الحاجات المعينة للمرضى. كما سيعلمون أيضاً متى يطلبون استشارة خارجية أو متى يوجهون مريضاً إلى مكان آخر للعلاج.

ومن حسن الحظ أن كثيراً من الأطباء النفسيين وغيرهم من متخصصي

الصحة العقلية آخذون في التوجه نحو أسلوب أكثر مرونة وتكاملاً لعلاج الاكتئاب. غير أن الأخصائي -كأي شخص آخر- يتأثر تأثراً عميقاً بشهرة وشعبية وجهات نظر معينة. فحتى خمسينيات القرن الماضي، كان الأطباء النفسيون يعتبرون التحليل النفسي الفرويدي التقليدي حجر الزاوية في العلاج، في حين كانوا ينظرون للأساليب الأخرى مثل "التركيز الثقافي" لـ "كارين هورني"، أو "المفاهيم النفسية البيولوجية" لـ "أدولف ماير" باعتبارها نسخاً باهتة من "الأصل". ومع ظهور مهدئ الكلوربرومازين (ثورازين) في منتصف الخمسينيات، ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات في أوائل الستينيات، تحول التركيز ببطء إلى أسلوب أكثر بيولوجية لعلاج الاضطرابات العاطفية.

تغيرت أيضاً مناهج العلاج النفسي. فمع مطلع السبعينيات، حدث تحول كبير بعيداً عن التحليل طويل المدى، مع زيادة مفاجئة في الاهتمام بالعلاج الجماعي، وجماعات المواجهة، والتحليل التفاعلي، ونموذج تحقيق الذات لأبراهام ماسلو. كما لم يعد الأطباء النفسيون المعالجين الرئيسيين لمن يحتاجون لمساعدة عاطفية. فعلماء النفس، والأخصائيون الاجتماعيون، ورجال الدين، والممرضات، والمعلمون كان يتم الاعتراف بهم بشكل متزايد كل يوم باعتبارهم أعضاء مهمين في شبكة خدمات الصحة العقلية. وأصبح العلاج العائلي مألوفاً أكثر، حيث يتم إشراك أفراد أسر مرضى الاكتئاب بانتظام.

وخلال الثمانينيات، استخدمت الأدوية المضادة للاكتئاب على نطاق واسع، ليس فقط من قبل الأطباء النفسيين، بل أيضاً من قبل أطباء الأسرة. بدأ كثير من الأخصائيين يفرقون بين الاكتئاب كتجربة طبيعية والعناصر التي جعلت هذا الاكتئاب مرضاً. ومع نهاية العقد، كانت جماعات الدفاع عن حقوق المرضى، مثل الاتحاد الوطني للمرضى العقليين National Alliance for the Mentally Ill يطالبون ببيئة تخلو من التمييز ضد المرضى العقليين ولا تشعرهم بالخجل. كما أخذت هذه الجماعات تحث الحكومة بشكل متزايد على تمويل البحوث والعلاج. كان الاتحاد الوطني للمرضى العقليين وجماعات أخرى تؤكد بشكل رئيسي على الجوانب البيولوجية للاكتئاب، وقد ساعد هؤلاء على تمهيد الطريق للهيمنة المتزايدة للأدوية باعتبارها الطريقة الرئيسية للتعامل مع الاكتئاب.

زادت قوة الاتجاه نحو وجهة نظر يغلب عليها الجانب البيولوجي في أوائل التسعينيات بواسطة التحول إلى الرعاية الموجهة والنمو السريع لمؤسسات المحافظة على الصحة المصممة للتحكم في تكاليف الرعاية الصحية. بالنسبة لكثيرين، بدا استخدام الأدوية هو الخيار الأوفر، كما أن الدعم المحدود الذي كان يتلقاه العلاج النفسي صار أكثر محدودية. وبالتزامن مع ذلك، بدا أن الدراسات التي كانت تجرى على مناهج خاصة للعلاج النفسي -المنهج المعرفي، والبين شخصي، والسلوكي- تثبت أن فعالية هذه المناهج في تخفيف الاكتئاب يمكن أن تضاهي فعالية مضادات الاكتئاب. وأظهرت دراسات أخرى أن الجمع بين العلاج النفسي والأدوية المضادة للاكتئاب أعطى نتائج أعظم. ما كان يتضح بسرعة هو أنه، بدون استخدام الأدوية، سيضطر عدد متزايد من الأشخاص إلى تحمل مسئولية التعامل مع نواحي الاكتئاب الشخصية المهمة دون مساعدة.

بالنسبة لكثير من المكتئبين، من المحير التفكير في متى، وكيف، وممن يمكن طلب المساعدة. كما أن الاتجاه الملحوظ للتنافس فيما بين المتخصصين والذي كثيراً ما يصل إلى حد خطير أمر محير أيضاً. يتلقى كثير من الناس معلومات خاطئة حول آثار مختلف الأدوية وبالتالي يخشون تناولها، وهم ليسوا مخطئين تماماً في مخاوفهم؛ فكثير من المعالجين -بمن فيهم الأطباء- غير مدربين أو مؤهلين بما يكفي لوصف الأدوية بكفاءة أو حتى معرفة متى تدعو الحاجة إليها. ومازال كثير من الناس يعتقدون أن العلاج النفسي تفوح منه رائحة الشعوذة إلى حد كبير. ويبدو أن الجميع يعرفون شخصاً مضت عليه سنوات وهو يخضع للعلاج دون نتائج ظاهرة، وكثير من المرضى يحكون عن تجاربهم السابقة مع معالجين ثبت أنهم غير أكفاء في أحسن الأحوال. أضف إلى ذلك أنك سواء كنت تشير إلى الأدوية أو العلاج النفسي فإن كليهما ينطوي على الاعتماد. أليس من علامات الشخص القوي الحقيقي أن يتعامل مع كل شيء بمفرده؟ وإذا كنت تفكر في طلب المساعدة لعلاج الاكتئاب، فأنى لك أن تعثر على مختص ذي كفاءة حقيقية؟ المسألة ليست مثل العثور على جراح نجاحه في غرفة العمليات معروف ومسجل.

إذن ليس من المفاجئ أن ملايين المكتئبين سريرياً يترددون في طلب المساعدة من

مختص، أو يرفضون ذلك. أضف إلى ذلك أن الخجل والحرج مازالا عاملين مؤثرين قويين. قد يكون من الصعوبة بمكان طلب العلاج عندما يعيش المرء في ثقافة تصر على أن يعالج المرء مشكلات الحياة دون مساعدة، وتعتبر رغبته في الحصول على رعاية طبية نفسية علامة على فشله الشخصي.

إن قرار طلب المساعدة كثيراً ما يمثل نصف المعركة، ولتنظر إلى الطرق المختلفة التي يعبر بها الناس عن مبررات استشارتهم لأخصائي:

"جئت إلى هنا لأن زوجتي قالت إنها ستهجرني إذا لم أفعل".

"وصلت إلى مرحلة ثبات في التحسن. منذ سنوات تلقيت بعض العلاج الذي ساعدني بشدة. ولكني لاحظت مؤخراً فقد اهتمامي بعملي ونوعاً من السأم. أريد أن أعرف ما إذا كنت أستطيع استعادة نشاطي وحماسي من جديد".

"لا أستطيع الانتهاء من بحث الفصل الدراسي. أحد أصدقائي أخبرني أنك تستطيع إعطائي بعض الحبوب لمنحي المزيد من الطاقة".

"جئت إلى هنا في الواقع لأمر يخص أمي، ولكن دائماً ما كانت تخامرني فكرة استجلاء بعض الأمور؛ لذا أود أنا نفسي الخضوع للعلاج لبعض الوقت".

"قال لي والداي أن آتي إليك على غير رغبة مني؛ فأنا لا أفهم سبب اضطراري لاستشارة طبيب نفسي لا لشيء إلا لأنني دخنت بعض الماريجوانا ورسبت في مادتي الرياضيات واللغة الفرنسية".

"أريد أن أترك زوجي، وأريدك أن تراه حتى لا ينهار".

"طلبت من طبيبي اسم معالج. أعلم أنني مكتئب لأنني لا أستطيع النوم ليلاً ولا أستطيع التركيز في الكتابة. لقد عارض في البداية وأراد إعطائي حبوباً، ولكني أصررت".

"لم أكن أعتزم الانتحار أيها الطبيب. لقد جرحت معصمي لأني كنت أعتقد أن الألم البدني سيغطي على آلامي الداخلية".

بعض الناس ينشدون الرعاية الطبية النفسية لأن لديهم بعض الفهم لما يعانونه من اكتئاب ويريدون مساعدة أخصائي. وبعضهم يذهبون إلى طبيب نفسي لأنهم لا يحصلون على ما يريدون من الحياة. وآخرون يذهبون لأن شخصاً ما في حياتهم

كزوج غاضب أو صاحب عمل مهتاج أجبرهم على الذهاب. وآخرون يضعون أنفسهم في موقف يكون لهم فيه خيار محدود بتناول جرعة زائدة من الباربيتورات.

كثيرون منا لا يتوقعون الحصول على مساعدة حقيقية نتيجة مشاعر اليأس الملازمة للاكتئاب. وغالباً ما يقوى هذا الموقف السلبي إذا كانوا قد نصبوا من قبل مجموعة من الفخاخ يبدو من الصعب عليهم أن يحرروا أنفسهم منها. ويتفاقم أكثر إذا كانوا يرون المشكلات بشكل رئيسي من منظور ظروف خارجية غير قابلة للتغيير.

مسئوليات المعالجين

الاتصالات القليلة الأولى بين الناس ومعالجيهم تعتبر حاسمة في إرساء أساس للشفاء. وتعتمد جودة هذه الاتصالات إلى حد كبير على خبرة المعالجين ومنهجهم. وهناك أشياء معينة يجب أن يفعلها هؤلاء المعالجون.

إنشاء صلة ألفة

يجب أن يسهم المعالجون في إنشاء صلة ألفة. وقد كتب وقيل الكثير عن التحويل -الذي يسقط فيه المريض على المعالج مخاوف وتوقعات تنتمي لعلاقات سابقة مع والد، أو أخت، أو صديق، أو حبيب- ولم يقل الكثير عن أهمية صلة المودة والألفة. والألفة في الأصل هي علاقة انسجام بين شخصين، وتفاعل يسمح بنمو الثقة والتواصل والمشاركة. والعوامل التي تسفر عن نشأة صلة جيدة -أو صلة سيئة- تتسم بالتعقيد، ولكن لدينا بعض الإشارات التي تساعدنا على فهمها. فالدراسات التي أجراها الطبيب النفسي "فريدريك ريدليش" وأخصائي علم الاجتماع "أوجست هولينجشيد" تدل بقوة على أن المعالجين يكونون في ذروة الفعالية عند العمل مع مرضى من خلفيات ثقافية متشابهة، ويكونون أقل فعالية عندما تكون هذه الخلفيات متباينة بشدة. والمفارقة أن المعالجين ذوي الخلفيات المختلفة جداً عن خلفيات مرضاهم ربما يكونون أقدر على وصف الحالات وعرضها في المجلات الطبية أو في جولات المستشفيات بدقة، لأنهم لا يستطيعون التوحد مع المرضى ويستطيعون

الاحتفاظ بمسافة بينهم كأطباء وبين المرضى تسهم في التوصل إلى فهم علمي ولكنها تمنع التوحد في الوقت نفسه.

ومن الجدير بالملاحظة أن المرضى نادراً ما يحاولون -خلال استشاراتهم الأولى- اكتشاف المعلومات ذات الصلة من قبيل خبرة المعالجين ومؤهلاتهم والمنهج الذي يتبعونه. ولدى المرضى ميل غريب إلى قبول المعالجين، وعادة ما لا يقومون بأي محاولة لتقييم طبيعتهم كأشخاص، في اتصال مباشر معهم. بل إن كثيراً من المرضى ظلوا في الواقع سنوات يتلقون استشارات وعلاجاً من معالجين كانوا يكرهونهم بشدة، مفترضين أن هذه الكراهية -بطريقة أو بأخرى- عديمة الصلة بل وربما تكون في واقع الأمر جزءاً من عملية العلاج.

ولكي ينجح العلاج، يجب أن يكون هناك ثقة واحترام متبادلين، ومودة وألفة بين الأطراف المشاركة. كما يجب أن يحدد كل من المعالج والمريض، في مرحلة مبكرة، ما إذا كان هذا موجوداً أم لا. الألفة هي أصل العلاج، وما سيحدث في النهاية لا يمكن أن يحدث إلا في هذا الإطار.

التعاطف

في إطار هذه الألفة، يجب أن يكون المعالج قادراً على التعاطف مع مشاعر المريض ومشكلته. والتعاطف هو قدرة الإنسان على وضع نفسه موضع إنسان آخر. فالمتعاطفون يفهمون ما يعاني منه الآخرون؛ لأنهم أنفسهم عانوا بطريقة ما من أحداث مماثلة أو انتابتهم مشاعر شبيهة. إنه ظاهرة مختلفة تماماً عن الشفقة التي هي أن "تشعر بالأسى من أجل شخص آخر". في لحظات معينة، يكون من المناسب أن تشعر بالأسى من أجل شخص آخر، كما يحدث عندما ينصت المعالج إلى مريضة تروي كيف فقدت في شهر واحد أباها وزوجها ووظيفتها. ولكن ما يعزز ثقتها ليس الشفقة من المعالج، بل تعاطفه هو الذي يشجع شعورها بأنها تفضي بمكنون نفسها إلى شخص يفهمها فهماً حقيقياً. تلك السمة لدى المعالج تقلل من خوف المريض من فقد شيء آخر هو تقدير الذات بسبب لجوئه للعلاج.

الجمع بين السلطة والفهم

"أنا بحاجة إليك" اعتراف يصعب على كثير من مرضى الاكتئاب الإدلاء به، واستجابة المعالج له مسألة دقيقة. فهو بطريقة ما يجب أن يكون قادراً على الاستجابة لهذه الحاجة دون الانتقاص من قدر المرضى. إن الموقف الذي لا يجب على المعالج اتخاذه مطلقاً هو موقف "أنا الطبيب، وأنت المريض، وهذا يجعلني أعلى منك درجة". وفي الوقت نفسه، يجب أن يحتفظ الطبيب بسلطته باعتبار أن مرضاه استثمروا أموالهم فيه بسبب دوره المهني. لا يختلف هذا الموقف عن موقف الآباء أو المعلمين في التعامل مع المراهقين. فمن الضروري أن تتفاعل معهم كأفراد على أساس المساواة والاحترام، ولكن بدون التخلي تماماً عن دور السلطة المتأصل في كون المرء أباً أو معلماً.

من قاعدة السلطة هذه، يقول المعالجون بصورة شفهية وغير شفهية: "أعرف ما تعاني منه، وأياً كانت نظرتك لنفسك الآن، يمكنني أن أساعدك على استعادة تقديرك لذاتك وقدرتك على التكيف. أعلم أنك تتألم، ولكن الألم على هذا النحو والمجيء إلى هنا لفعل شيء بشأنه بداية العلاج. لا أحب استخدام كلمة "مريض"؛ فهي مضللة، ومن الأفضل أن نعتبر أن شيئاً صعباً حدث في حياتك أو أن هناك خطأ ما في طريقة تعاملك مع الحياة، وأنك الآن قررت أخيراً فعل شيء لتصحيح الوضع. معظم المرضى يكونون بعد العلاج أفضل كثيراً مما كانوا قبل إصابتهم بالاكتئاب".

الاعتراف بحق المريض في الإصابة بالاكتئاب

عندما يمكن تعقب بداية الاكتئاب وصولاً إلى فترة من الضغط، أو التغيير، أو الأحداث المناوئة في حياة المريض، يكون من المفيد أن يعترف المعالج بحق المريض في الإصابة بالاكتئاب. "بتأمل ما حدث، يبدو لي أن الاكتئاب رد فعل طبيعي سوي ومتوقع. لو أن هناك أي مشكلة طبية في هذا الشأن، فلابد أنها تتعلق بشيء يمنعك من الخروج من هذه الحالة دون مساعدة أخصائي؛ ربما كان هذا الشيء بدنياً، أو متأصلاً في موقفك الحياتي، أو ربما هي الطريقة التي تنظر بها لما تمر به".

جمع المعلومات بحرص

خلال عمليات التواصل القليلة الأولى، يركز المعالجون على اكتساب المعلومات. هل الشخص مصاب فعلاً بالاكتئاب؟ وإذا كان الأمر كذلك، فمتى بدأ الاكتئاب، وما سببه الظاهر؟ إلى أي درجة أعاق الجمود الاكتئابي قدرة المرء على العمل؟ ما نوع شخصية المريض؟ ماذا عن تاريخه الحياتي: أين تلقى تعليمه، وما نوع علاقته الزوجية؟ كم وظيفة شغلها المريض وما مدى نجاحه فيها؟ لماذا غير هذه الوظائف ومتى؟ ما الخسائر التي تعرض لها، وما الضربات التي تلقاها إحساسه بقيمته؟ ما سبب هذه الحالة المزاجية في رأيه؟ هل هناك تاريخ عائلي للاكتئاب؟

غالباً ما يحار المرضى في السبب الفعلي للاكتئاب، خاصة إذا كان موجوداً منذ فترة طويلة. وعملية مراجعة الحقائق ذاتها توفر إحساساً بالترابط المنطقي، وتساعد إقامة روابط منطقية في سلسلة الاستجابات العاطفية على تقليل خوفهم من فقد السيطرة.

في عملية التحليل النفسي التقليدية -وبدرجة أقل في أسلوب الإرشاد غير الموجه الذي يؤيده "كارل روجرز"- يسمح المعالجون لقصص المرضى أن تتطور على مدى سلسلة من الجلسات بدون طرح أسئلة ذات صلة، أو مساعدتهم على الفهم أو على ربط القصص. يشكو كثير من المرضى بقولهم: "إنك لم تقل لي أي شيء. لماذا لا توجهني؟"، فيكون الرد الذي يتلقونه: "تلك ليست الطريقة التي يتبعها العلاج". ربما يكون المنهج غير الموجه هو الطريقة المثالية لعلاج أفراد معينين، ولكنه عموماً لا يتناسب مع علاج مرضى الاكتئاب؛ فهو يضاعف أربع مرات مقدار الوقت المطلوب للحصول على نتائج، ويمنع الوصول إلى معلومات مهمة، لأن المرضى لا يدركون أنها ذات صلة بمرضهم. والأكثر أهمية أن الأفراد المثبطين بالفعل والمثقلين بالشعور بالذنب غالباً ما يسقطون على معالجيهم الغضب والرفض اللذين يتوقعون تلقيهما، واللذين يشعرون أنهم يستحقونهما، لأنهم "بلا قيمة".

التواصل

يؤدي الصمت -عند استخدامه على نحو غير ملائم من قبل المعالجين في التواصل مع المكتئبين- إلى زيادة حدة الاكتئاب، وجعل المرضى يتوصلون إلى كثير من الافتراضات الخاطئة. أحد المرضى وصف تجربته مع صمت معالجه المطول كما يلي: "جلس هناك فحسب محدقاً في. شعرت بعدم الارتياح؛ وتلك كلمة خفيفة للغاية؛ فقد كنت مرعوباً في واقع الأمر. لم أكن أدري ماذا أقول. أضف إلى ذلك أنني شعرت أن هناك ما يعوقني، ولم أستطع التركيز جيداً، ووجدت صعوبة في أن أكون عفوياً. لذا اكتفى كلانا بالجلوس هناك لدقائق بدت وكأنها سرمدية".

وأردف قائلاً: "وبعد برهة، بدأت أشعر أنه لا يحبني؛ أنه يكرهني. سألته ما إذا كان الأمر كذلك فعلاً فلم يعلق على الإطلاق. وعندما سألته ما إذا كان يعتقد أنني ينبغي أن أقطع العلاقة التي كانت تربطني بهذه الفتاة، اكتفى بالإجابة بعد صمت طويل بأنه ليس في موقع اتخاذ القرارات نيابة عني. لو أنني كنت أشعر بالرفض بقدر ما قبل بدء العلاج، فقد شعرت بالرفض حقاً بعد بضع زيارات مثل هذه".

يجب أن يتوقع المكتئبون من معالجيهم بعض المشاركة التي لا تعوق الإنصات، ولا تمثل إقحاماً وقحاً لأهواء المعالج وآرائه إلى أبعد مدى على الحياة الشخصية للمرضى. ليس الغرض من المعالجين أن يأمروا الناس بما ينبغي فعله، وليس متوقعاً منهم التعليق أو توضيح المسائل وردود الأفعال قبل توصلهم إلى فهم شامل وكافٍ للمرضى ومتاعبهم. وما يمكن توقعه من المعالجين هو بدء الحوار، والاستجابة بأسلوب لائق لاحتياجات المرضى لدى ظهورها.

أحد أول الاحتياجات التي يعبر عنها المرضى هو الرغبة في الحصول على فكرة عن الهيكل الفعلي للعلاج نفسه. فهم عادة ما تكون لديهم بعض الأفكار المسبقة حول ما ستشتمل عليه العملية، وغالباً ما يفترضون أنهم لا يستطيعون تحمل ما يحتاج العلاج من وقت أو نفقات. قال أحد المرضى: "ربما لا أستطيع الحضور ثلاث مرات أسبوعياً لمدة عام كما كان الحال مع صديق لي"، ومن ثم اندهش عندما قيل له إنه ربما لن يحتاج إلى أكثر من زيارة واحدة أسبوعياً لبضعة أشهر فحسب. وتساءل آخر قائلاً: "كيف يمكنك مساعدتي حقاً دون معرفة زوجتي؟"، ثم أحس بالارتياح بعد

ذلك عندما اقترح عليه المعالج عقد جلسات مشتركة تحضرها زوجته.

عندما كان التحليل النفسي رائجاً وكان المحلل العادي يكرس ٤٠ ساعة أسبوعياً لعلاج ثمانية أشخاص، كان مألوفاً أن يسأل الشخص الذي يقوم بإحالة المريض إلى المحلل النفسي: "هل تستطيع قبول مريض آخر أم أنك اكتفيت؟". وتحت مثل هذه الظروف، كان الفرد، إذا تم قبوله لإجراء الزيارة الأولى، يأتي عادة متوقعاً التعامل معه كمريض. وكثير من الأطباء البشريين والزملاء الآخرين كانوا لا يزالون ينظرون إلى الطبيب النفسي بنفس الطريقة، ومن ثم كانوا يتوقعون إجابة بنعم أو لا عند الاتصال به لسؤاله ما إذا كان يستطيع "قبول" حالة أخرى أم لا. والرد الأكثر ملاءمة على هذا السؤال هو: "الأمر يعتمد على أشياء". نعم، الأمر يعتمد على طبيعة المشكلة. فزيارة استشارية أو زيارتان ستتيحان للطبيب النفسي، بمشاركة المريض، فرصة لتقييم الموقف وتقرير ما ينبغي عمله.

يقوم المعالج والمريض معاً بتأسيس هيكل ونمط للعلاج بناءً على متطلبات الموقف. وفي هذا الإطار، ينبغي أن يتوقع المريض بالطبع تحولات، وتغيرات، وتعديلات مع تقدم العلاج. ولا تنطبق هذه التغييرات فحسب على تكرار ومدة الزيارات بل أيضاً على طبيعة العلاقة بين المريض والطبيب، والمناهج أو الأساليب التي يستخدمها المعالج في العلاج.

في بداية العلاج، قد يخفي الأطباء النفسيون ردود أفعالهم العاطفية عن مرضاهم بحيث يبقون محايدين إلى حد ما ويستطيع المرضى أن يشكلوا أو يسقطوا عليهم تجارب التحويل. ولكن مع تقدم العلاج، قد يكشف الأطباء النفسيون المزيد عن أنفسهم، كأشخاص يشاركون مشاعرهم وردود أفعالهم مع المرضى، من أجل أن يكتسب هؤلاء المرضى الفهم والتبصر. على سبيل المثال، إذا كان نمط المريض في التأخر عن المقابلات يجعل صبر المعالج ينفد لأن جلساته لا تكون أبداً طويلة بما يكفي لمحاولة مناقشة مسائل مهمة، فقد يواجه المعالج المريض بشأن سلوكه والإحباط الذي يشعر به نتيجة هذا النمط. ومن المحتمل أن يكون ميل المريض إلى التسويف يثير الغضب والرفض لدى الأشخاص الآخرين أيضاً، ورد فعل المعالج قد يتيح للمريض فرصة مباشرة لفهم وتغيير سلوكه السيئ المضر بالذات.

"إزالة المركزية"

يؤثر الاكتئاب على طريقة تفكير المكتئبين وشعورهم بصورة يستطيع المعالجون توقعها في المعتاد. وكقاعدة عامة، يكون اهتمام المكتئب مركزاً بدرجة كبيرة على اكتئابه وعلى الهموم التي تستحوذ على تفكيره. قال منفذ إعلانات بالغ من العمر ٤١ عاماً: "كل ما أستطيع التفكير فيه هو شعوري بالوحدة. أظل أفكر وأتأمل ذهنياً كيف هجرتني زوجتي. ودائماً ما تكون لدي رغبة في الاتصال بها والصياح فيها كي تعود مرة أخرى".

المصطلح الذي يصف أسلوب التعامل مع مثل هذه المشاعر المستمرة هو "إزالة المركزية". والغرض من هذا الأسلوب هو تحويل اهتمام المريض بعيداً عن همومه الاستحواذية بحيث يستطيع رؤية ما يحدث بمنظور أفضل، ونسيان ما فقده بالفعل تماماً، إذا لزم الأمر.

وشائع أيضاً بنفس الدرجة لدى المكتئبين استغراقهم المدمر في التفكير فيما قد يفقدونه. وكثيراً ما يكون فقد الأمان المالي سبباً للقلق، سواء كان الخطر حقيقياً أم لا. فخلال هبوط حاد في سوق الأوراق المالية -مثلاً- وارتفاع أسعار الفائدة، كان رجل أعمال شاب مرتاعاً من مطالبته بسداد بعض القروض مما كان سيسفر عن فقد رأس المال العامل اللازم لدعم شركته الجديدة، بل وربما استحالة قدرته على الوفاء بأقساط الرهن العقاري لبيته. كان ذلك قلقاً مشروعاً. ونظراً لشعوره بالعجز، صار قلقاً ومكتئباً. لم يكن يستطيع النوم، وبات سريع الغضب وشديد الغلظة. أعجزه انشغاله باحتمال الخسارة عن التفكير في أي حلول تمنع وقوع هذه الخسارة.

أوضح له الطبيب النفسي أن قلقه بشأن المشكلة يعوق قدرته على التعامل معها. كان فزعه نابعاً من خوفه من فقد السيطرة، بينما محاولاته للاحتفاظ بالسيطرة كانت هادمة للذات بشكل متزايد. وقد تسبب غضبه الجامح بالفعل في تنفير العديد من زملاء العمل الذين ربما كان بمقدورهم مساعدته. فاستعرض معه المعالج بسرعة حقائق الأمور، بما في ذلك تفاصيل وضعه المالي، ووافقه في أن هناك خطراً شديداً؛ ولكنه ساعده على رؤية الأمور في نصابها بالإشارة إلى بعض العوامل المعوضة التي لم يكن يراها. وأكد له أن يأسه من استعادة السيطرة كان عديم الفائدة بالنسبة له. ومع

إزالة مركزية الاهتمام بالمشكلة الحالية، هدأت مخاوف المكتئب ويأسه مما لم يجعله يشعر بالتحسن فحسب، بل جعله يتأمل الخيارات الواقعية أيضاً.

أثناء عملية إزالة مركزية بؤرة الاكتئاب، غالباً ما يتعين على المعالجين اتخاذ ما يعرف باسم "الموقف النموذجي"؛ وهو موافقة المكتئبين على مشروعية مخاوفهم بحيث يستطيعون أن يتحالفوا معهم في حلها. وبعد ذلك، يمضي المعالجون إلى ما هو أبعد من المشكلة الحالية، فيستكشفون كيفية إسهام حالة المريض العاطفية في عجزه عن التأقلم ومفاقمة هذا العجز.

استشارت امرأة في السادسة والثلاثين من عمرها طبيباً نفسياً عندما علمت أن زوجها تربطه علاقة بامرأة أخرى وعزمه على أن يطلقها. قالت: "لا أستطيع الحياة بدونه. زواجنا هو الشيء الوحيد الذي له معنى بالنسبة لي. أكتب له رسائل باستمرار، ولكنه لا يرد. اتصلت به أمس في الفندق الذي ينزل به، ولكنه أغلق السماعة في وجهي. أريد استعادته بأي ثمن!". هنا بدأت الاستجابة النموذجية من معالجها: "أعرف كم يعني هذا الفقد بالنسبة لك، وأستطيع تفهم سبب رغبتك في استعادته. لابد أن الحياة تبدو لك عديمة المعنى الآن". وافقته المرأة في هذا. ولكنه حول موقفه بعد ذلك قائلاً: "من الجدير بالملاحظة كيف أنك منفصلة عن غضبك منه. لابد أن تحنقي لرفضه لك. حدسي يقول لي إنه سيطر عليك لمدة أطول بكثير مما تدركين". لقد نبهها بذلك إلى غضبها الكامن، وفي الوقت نفسه، بدأت ترى أن الزوج الذي استثمرت فيه كثيراً جداً من الحب والتبعية لم يكن جديراً بحبها.

كان المعالج يتحرك أيضاً نحو تحقيق ثلاثة أهداف أخرى في الوقت نفسه. أولاً، كان يعطيها فرصة لإطلاق الحزن الذي تشعر به والغضب الذي تراكم بداخلها. ثانياً، كان يحاول التخفيف من شعورها بالذنب لأنه كان يعلم أنها -على مستوى من المستويات- تشعر بالمسئولية بشكل رئيسي عما حدث. ففي تلك اللحظة، لم يكن من المحتمل أن ترى انهيار زواجها باعتباره نتيجة لتفاعل ضعيف مشوش بشكل متزايد بينها وبين زوجها. فحيث إنها كانت مكتئبة، كانت أكثر ميلاً إلى افتراض أنها فشلت وارتكبت خطأ فادحاً يبرر هذا الرفض من زوجها. ثالثاً، كان المعالج يساعدها على البدء في استعادة شيء من تقديرها لذاتها.

أفكار متكررة في علاج الاكتئاب

إطلاق العواطف والشعور بالذنب، واستعادة تقدير الذات فكرتان متكررتان خلال علاج مريض الاكتئاب على المدى القصير والطويل.

عندما أحيلت ماريان جونسون من قبل طبيب الأسرة إلى طبيبة نفسية للعلاج، لم تكن تدرك مطلقاً الصلة بين عواطفها وألمها البدني. فبعد مولد طفلها الأول بفترة قصيرة، بدأت تعاني من نوبات صداع ودوار. كانت تخشى أن تكون مصابة بورم في المخ. ورغم أن الفحص الطبي أثبت سلامتها، كانت الشكوك لا تزال تراودها حول حالتها الصحية. بدأت العلاج وهي كارهة، قائلة: "بالطبع أنا تعيسة. لا أظن أن هناك أي أمل لي إلا إذا اكتشف الأطباء علة بدنية لتفسير ما أشعر به. لا أستطيع العمل. لا أستطيع الاعتناء ببيتي أو طفلي. لا أستطيع فعل أي شيء وأنا على هذه الحال".

سرعان ما علمت المعالجة، بعد معرفة تاريخ ماريان، أنها مرت بسلسلة من الأحداث الصادمة خلال فترة زمنية قصيرة. فقد خضع أبوها لعملية استئصال ورم حميد، قبل أن تضع طفلها بأربعة أسابيع. وبعد قدوم المولود بفترة وجيزة، انشغل زوجها بمشكلات العمل وأصبح لا يظهر أي رغبة جنسية فيها. وكثيراً ما كانت أمها تتهمها بأنها لا تحيط طفلها بالعناية كما ينبغي. في بعض الأحيان، كانت أمها قاسية معها بحق وهي تعلق بقولها: "إنك أم فاشلة وعنيدة وحمقاء أيضاً. إنك لا تريدين قبول نصيحة من أحد. لقد كنتِ دائماً أنانية وجاحدة".

بينما كانت ماريان تتحدث عن هذه الخبرات، بتردد وبعد كثير من التشجيع من المعالجة، كانت عيناها مليئتين بالدموع. اعترفت قائلة: "ما كنت لأتحمل لو أن شيئاً حدث لوالدي". ومرة أخرى، اعترفت والدموع ملء عينيها بشعورها بالرفض من قبل زوجها: "لا أدري سبب عدم اهتمامه بي جنسياً. أعلم أنه لا توجد امرأة أخرى؛ فهو ليس من هذا النوع. ولكنه نادراً ما يتحدث معي في الليل ويكتفي بالقراءة ومشاهدة التليفزيون ثم يذهب للنوم".

اتضح أن أمها تمثل مشكلة مزمنة لها، حيث كانت كثيراً ما توبخها هي وأباها فتجعلها تشعر بالضآلة وعدم الجاذبية. عندما كانت في المدرسة الثانوية، كانت

أمها كثيراً ما تقارن بينها وبين الفتيات الأخريات مقارنة ليست في صالحها. "لماذا لا تستطيعين إقامة صداقات مع فتيات جذابات؟"، "لماذا فازت سارة بمسابقة اللغة الفرنسية بدلاً منك؟". ولتعويض شعورها بعدم الكفاءة، عملت ماريان بشكل استحواذي لتحقيق أعلى درجة أكاديمية ممكنة. صارت تسعى وراء الكمال، وبرغم جهودها، لم تنل أبداً أي ثناء من أمها. ولم يكن مسموحاً لها التعبير عن تعاستها. وعندما كانت تحاول، كانت أمها تعتبر تعليقاتها اتهاماً شخصياً وتنتقم منها بوحشية.

مع ظهور مشاعرها على السطح، أخذ ألمها البدني في التناقص تدريجياً. ومرة وراء مرة، كانت المعالجة تضطر لأن تسألها: "ما شعورك حيال هذا؟"، و"ما شعورك حيال ذلك؟" لأن ماريان لم تكن ببساطة معتادةً على أن تكون قادرة على فهم العواطف والتعبير عنها. وكان هذا ينطبق بشدة على الغضب. كانت المعالجة تسألها برفق وحلم: "هل حدث أي شيء ربما يكون أغضبك منذ الزيارة الأخيرة؟"، وهي تدرك أن إنكارها الأوليّ سيتبعه لاحقاً تذكر بطيء لحدث أو اثنين "ربما أغضباني"، وأخيراً "نعم، ذلك أغضبني فعلاً".

وبين حين وآخر، كانت تشعر بالغضب من المعالجة، ولكنها كانت تجد صعوبة مؤلمة في الاعتراف بذلك. ذات مرة مثلاً، تأخرت المعالجة ١٥ دقيقة عن جلسة ماريان مما أزعج ماريان لأنها كانت قد حددت موعداً مع طبيب الأسنان عقب زيارتها، وأصبح عليها الآن أن تخسر بعض الوقت المخصص للعلاج، أو تتأخر على طبيب الأسنان. انتابها شعور بالذنب لدرجة لم تستطع معها التعبير عن مأزقها صراحةً. تساءلت في نفسها: "كيف أغضب منك بعد كل ما فعلته من أجلي؟". أوضحت المعالجة قائلة: "ولمَ لا؟ مهما كانت العلاقة وثيقة أو طيبة، يجب أن تعطي المرء الحق في الانزعاج عندما يبرر الموقف ذلك". كان هذا رداً يختلف اختلافاً جذرياً عما اعتادت عليه من أسرتها، وأتاح لها فرصة مهمة كي تتعلم طريقة جديدة لتجربة المشاعر والتعبير عنها.

كانت المعالجة تقول لها مشجعة: "يجب أن تتعلمي أن تكوني أكثر صراحة في الإعلان عن أفكارك وعواطفك. وبمساعدة المعالجة، بدأت ماريان اختبار نفسها مع زوجها، فواجهته مواجهة قوية ذات مساء بشعورها بالرفض الجنسي. في البداية،

كان مندهشاً ولم يكن مدركاً أنه أهملها رغم أنه أهملها فعلاً. اعترف أن حبه لها ورغبته فيها لم يتبدلا، ولكنه عزا إجهاده وانخفاض معنوياته إلى ضغوط العمل. وللمرة الأولى، أخذ يطلعها على طبيعة تلك الضغوط. قال لها: "لم أكن أريد إخبارك. لم أشأ إزعاجك وأنت منشغلة بالمولود الجديد والأمور الأخرى. في الحقيقة، ظننت أنك أنت ربما تكونين قد فقدت الاهتمام بالجنس نتيجة صحتك المعتلة".

على مدار ٨ أشهر، تلاشت أعراض ماريان البدنية. أدركت أن هذه الأعراض كانت نتيجة إصابتها بالاكتئاب، وأدركت أيضاً -كما يمكن أن نتوقع- أن استجابتها للاكتئاب كانت هي الشعور بالذنب، كما لو كانت مسئولة عنه كلياً. وعندما تمكنت من فهم أن مشاعر النقص لديها هي إلى حد كبير نتيجة الانتقادات الهدامة من أمها التي ضاعفها عجزها عن التعامل المباشر والفوري مع المشاعر والأحداث لدى وقوعها، بدأت تشعر بمزيد من الثقة بالنفس، والأهمية، وتقدير الذات.

العلاج عبارة عن سلسلة من عمليات إعادة النظر، وإعادة تقييم المشاعر والخبرات في ضوء مختلف. فمع انخفاض الاضطراب العاطفي المحيط بالمرحلة الحادة من الاكتئاب، تتاح الفرصة للمريض والمعالج لاستكشاف الفرضية الأساسية التي يرتكز عليها إدراك المريض للخبرة التي يمر بها. أحد أساليب "أدلر" لاكتشاف مثل هذه الفرضيات بسرعة وإطلاق بعض العواطف المرتبطة بها يتمثل في سؤال المريض عن أقدم ذكريات حياته، أي: أقدم ذكرى حياتية يستطيع تذكرها في تلك اللحظة بعينها.

"كنت نائماً على مرتبة في غرفة نوم والديّ. كانا قد نقلاني من سريري مرتفع الجانبين قبل أن يأتي سرير أكبر. كنت ممزقاً بين الرغبة في استعادة سرير الأطفال، والرغبة في البقاء على المرتبة، والرغبة في النضج والانتقال إلى سرير أكبر بمفردي". هذا الشخص كان يستجيب للتغيرات الكبرى في حياته بتأرجح يصيبه بالشلل، حيث لم يكن أبداً يعرف يقيناً أي اتجاه يسلك، وكان يوازن في ألم بين البدائل مراراً وتكراراً.

"كنت في مدرسة الحضانة. سأل المعلم عن عدد الأطفال الذين مازالوا ينامون في سرير مرتفع الجانبين، فرفعت يدي أنا وبنت أخرى صغيرة فقط. شعرت بالمهانة. آلمني الموقف. غضبت من نفسي ومن أبوي لأنهما استمرا في معاملتي كطفلة". ظلت هذه المرأة في سنوات رشدها بالغة الحساسية تجاه المهانة، وغالباً ما كانت تشعر بها

بدون مبرر وتكون استجابتها في صورة انفجارات غاضبة.

"كنت أقود دراجة ثلاثية بسرعة في الشارع مبتعداً عن البيت. كنت أهرب. شيء ما كان قد حدث بيني وبين أمي. كنت أتلقى عقاباً على شيء لا أذكره. كنت غاضباً، جريحاً". عندما كبر هذا الشخص، كانت استجابته لأي مظهر من مظاهر العداء نحوه -مهما كان بسيطاً- هي الانسحاب. وفي بعض الأحيان، كان يؤثر الصمت لساعات. وأحياناً كان يبقى خارج البيت حتى وقت متأخر ليلاً أو يختفي لعدة أيام بعد وقوع خلاف بينه وبين زوجته.

"أذكر أمي وهي عائدة إلى البيت. لابد أنني كنت في الثالثة من عمري. أذكرها وقد وصلت لتوها من المستشفى بعد طول غياب بسبب مرضها. أسرعت نحوها وعانقتها. كان شعوراً جميلاً أن أراها تعود". كشف هذا الشخص عن درجة عالية من الحساسية تجاه الفقد، ولكنه كشف أيضاً عن القدرة على إظهار الحب والقلق بحرية ودفء.

عدد من هذه الأفكار يتخلل التكوين النفسي للمرء؛ وأثناء العلاج، تحين فرص عديدة لاستكشافها. قال أحد الرجال: "لا أحب التحدث مع أخي فحسب. لا أحب سلوكياته. كانت شقيقة زوجته ومازالت تواجه مشكلة تتعلق بشرب الكحوليات، وهو لا يسمح لها بدخول منزله، ولا تروقه فكرة التواصل كثيراً بين زوجته وأختها. إنني أعتبر سلوكه أنانياً وأعتقد أنه ينبغي عليه المساعدة؛ فهذا غير أخلاقي بكل ما في الكلمة من معنى". اقترح المعالج طريقة أخرى لرؤية وتفسير موقف الأخ. هل فكر في احتمال أن يكون لدى أخيه توازنه الخاص الذي يريد الحفاظ عليه؟ كان المريض قد ذكر من قبل أن أخاه هذا تعرض لنوبات عديدة من الاكتئاب على مر السنين تطلبت إحداها دخوله المستشفى. أخبره الطبيب النفسي قائلاً: "إنني أضطر أحياناً إلى نصح الناس بوضع حدود لما يُتوقع منهم فعله لأجل الآخرين بحيث لا تتعرض صحتهم أو رفاهيتهم للخطر". وبعد قدر من التفكير، وافقه المريض الرأي بأنه كان قاسياً بلا مبرر في نظرته لسلوك أخيه. إن إعادة النظر هذه فتحت أيضاً الطريق لإجراء تحليل لنظام القيم الخاص به ومدى ارتباط اكتئابه وشعوره بالذنب بتقييم صارم وتأديبي لسلوكياته الشخصية.

التواصل مع الغضب

من الصعب أن ننقل بالكلمات صورة دقيقة لما يحدث على مدار فترة زمنية من تلقي العلاج النفسي. ونتيجة لذلك، يسهل على الناس أن يسيئوا فهم طبيعة التجربة العلاجية، حيث تم اختزال جوانب معينة من العلاج النفسي وقبولها، بطريقة ساذجة بعض الشيء، باعتبارها حجر الزاوية في العلاج. تحرير المرضى من شعورهم بالذنب الجنسي. مساعدة المرضى كي يتمكنوا من التعبير عن الغضب خارجياً وفوراً. كل واحد من هذه الأهداف وثيق الصلة بعلاج المكتئبين، ولكن الافتراض الشائع بأن المرضى الذين "شفوا" يجب أن يكونوا قادرين على القفز إلى الفراش مع أي شخص وفي أي مكان نتيجة تحررهم مؤخراً من المعوقات، أو على الصياح والصراخ في أفراد أسرهم متى شاءوا، هو أبعد ما يكون عن الحقيقة.

يعتبر صحيحاً بشكل عام أن المكتئبين يواجهون صعوبة في التعبير عن غضبهم عند استفزازهم. فأحياناً، وبسبب التوتر، يكونون سريعي الغضب، ويكون رد فعلهم انفعالياً أكثر مما ينبغي. وخلال العلاج، يتم تشجيعهم على إيجاد طرق جديدة وأفضل للتعامل مع العدوانية؛ وهي طرق لا تغفل السيطرة الحكيمة على النفس عند الضرورة. فإذا كان هناك مكتئب -مثل ماريان جونسون- منفصلاً عن مشاعره، فإنه سيكون أكثر انتباهاً لعواطفه خلال التجربة الفعلية. فإذا أحس بغضب مبرر، فإنه سيبدأ في أن يرى كيف أن الغضب يمكنه أن يحقق غرضاً مفيداً.

كان فرانك جنسين يجد صعوبة كبيرة في أن يغضب من ابنه البالغ من العمر أربعة عشر عاماً، أو أن يضع له حدوداً يلتزم بها. كان صبوراً ومتفهماً بدرجة مفرطة. وعلى عكس كثير من أصدقائه الذين نفر منهم أولادهم المراهقون بسبب رفضهم الإصغاء إليهم، وفرض أفكارهم ومطالبهم عليهم دون مبرر، حاول دائماً الاحتفاظ بعلاقة متسامحة ومفتوحة مع ابنه أعطت كليهما درجة ما من التقارب. ولكن عندما بدأ الفتى في العودة إلى البيت متأخراً، والتغيب عن المدرسة عدة مرات، واستخدام مصروف جيبه لشراء الكحوليات على خلاف توجيهات أبويه، أمضى والده ساعات محاولاً إقناعه بالالتزام بقواعد الأسرة. ولكن مشكلة التحدي لم تزد إلا سوءاً.

وفي إحدى الأمسيات، وفي نوبة غضب، صاح الوالد قائلاً: "إذا عدت في ليلة أخرى بعد التوقيت المحدد دون اتصال، فستحرم تماماً من المصروف!". وكانت هذه هي الحادثة الأخيرة من نوعها. كان الصبي يحتاج إلى حدود وإظهار بعض المشاعر التي تدل على أن والديه يعتزمان فرض هذه الحدود. لقد تمكن بسبب العلاقة السليمة أساساً مع الأب من الاستجابة لهذا المطلب دون نفور.

إن الغضب المبرر، في الوقت المناسب، يمكنه أن يحقق هدفاً مهماً. ولكن العلاج ليس مصمماً لمساعدة المكتئبين السابقين على أن يكونوا كتلة من الغضب. فكثير من الغضب الذي يصبح المرضى على وعي تدريجي به ويطلقونه في العلاج تم تخزينه من إخفاقات سابقة في التعامل معه، أو أنه ناشئ عن إساءة تفسيرهم للأحداث من حولهم.

كثير من المكتئبين كانوا دائماً معتمدين بشدة على التغذية الرجعية الإيجابية من البيئة من أجل التعزيز المتكرر لإحساسهم بقيمتهم. المدرسة محيط مثالي لمثل هذه التغذية الرجعية. فإذا كان المراهقون بالذكاء الكافي، فبمقدورهم الاجتهاد والحصول على درجات طيبة. وإذا كانت لديهم ميول رياضية، يمكنهم بذل طاقاتهم ليكونوا نجوماً في لعب كرة السلة أو كرة القدم. ولكن ما أن تنقضي أيام الدراسة، يصعب كثيراً على المرء أن يستمد من البيئة أدلة على قيمته. كيف يمكنك قياسها؟ بمقدار المال المكسوب؟ بعدد المرات التي يقول فيها الزوج أو الزوجة: "أحبك"؟ بعدد الدعوات التي يتلقاها المرء لحضور المناسبات الاجتماعية؟

مع تناقص فرص الحصول على تغذية رجعية إيجابية، تزيد فرص الرفض. إن العالم معقد جداً ومشغول جداً لدرجة أنه يكاد لا يستطيع مراعاة النقاط الحساسة الطبيعية، ناهيك عن حساسيات الأشخاص الذين هم أكثر احتياجاً من الآخرين إلى إعادة طمأنة الذات. واهتمام المكتئبين بذواتهم يهيئهم لتفسير اللامبالاة على أنها رفض، وتفسير قدر كبير بالفعل من الاحترام والحب على أنه لامبالاة. إنهم يتألمون بسهولة ويمكنهم الإحساس بالغضب بسهولة نتيجة شعورهم بالتجاهل.

والغضب الناشئ من حساسيتهم ينطلق في الجلسة العلاجية، رغم أنه لن يتم تشجيعهم على إطلاقه بشكل جامح في مكان آخر. وبدلاً من ذلك، سينصب التأكيد

على مساعدتهم على تحديد قيمتهم بشكل أكثر دقة، وتحرير احترامهم لذاتهم من الاعتماد القهري على ما يظنه الآخرون أو يقولونه عنهم. وهكذا، ستكون هناك جروح أقل وبالتالي فرص أقل للغضب.

يعد ميل المكتئبين إلى التسويف -ليس فقط في الأنشطة واتخاذ القرارات، ولكن أيضاً في الاستجابة لأي مثيرات- مصدراً آخر للإحباط والغضب. قال مريض كان يعمل كمسئول مشتريات لدى شركة كبرى: "كنت أنوي تسجيل طلب الشراء الخاص بالشركة في وقت مبكر عن هذا، ولكني كنت بطيئاً في إيجاد وقت له. وعندما أجريت المكالمة، أخبروني أن التسليم سيتأخر ٥ أسابيع. اللعنة، لقد جن جنوني. قلت لهم إنهم إذا كانوا يقدرون العمل معنا، فعليهم تسليم الطلبية خلال أسبوعين لا أكثر. وفي النهاية، استغرق التسليم ٨ أسابيع وتكلفت الشركة عدة آلاف نتيجة الطلبات التي خسرتها. في البداية كانت المسألة مسألة كبرياء. والآن، وبعد أحاديثنا معاً، أرى أنني تعمدت بالفعل تأخير الطلبية لأكثر من شهر. لمَ فعلت هذا؟ كان لدي متسع من الوقت. هل تظن أن لهذا أي علاقة بفكرة عدم نيلي تقديراً لائقاً من الإدارة العليا لما أقوم به من عمل؟".

حاجات الاعتماد في العلاج

خلال الدورة العلاجية بأكملها، يجب أن يقيّم الطبيب النفسي ويوازن بدقة كيفية إشباع حاجات الاعتماد لدى المرضى دون تشجيع اعتماد مفرط من شأنه إطالة وتعقيد عملية الشفاء. أي شخص خائف ويشعر بالعجز يصبح حتماً أكثر اعتمادية من المعتاد، ومن المحتمل أن يستثمر هذه الحاجة في الطبيب؛ الذي يلجأ إليه للراحة. وهيكل العلاج، المكون من زيارات منتظمة وشخص متفهم ومتعاون، بالإضافة إلى فرصة التركيز على القضايا المقلقة، ينتجان معاً قدراً معيناً من الاعتماد المولد ذاتياً.

توجد علاقة بين عدد المواعيد العلاجية الأسبوعية ومقدار الاعتماد الذي يتزايد تدريجياً. فالمريض الذي يحضر جلسة علاج أو جلستين فقط أسبوعياً ليس من المحتمل أن يصبح اعتمادياً بنفس درجة اعتماد مريض آخر يرى المعالج كل يوم.

إن التحديد الدقيق لمقدار الوقت الذي سيقضيه المعالج والطبيب معاً -ساعة أو نصف ساعة مثلاً- يوفر إحساساً بالأمان، ويضع حداً لمقدار الاعتماد الذي يمكن أن ينشأ.

حاجات الاعتماد تتفاقم عندما يتخلل أي علاقة -بما في ذلك العلاقة العلاجية- التناقض والتضارب. امرأة شابة مريضة ظلت تغير المواعيد وتلغيها في آخر لحظة في محاولة غير واعية منها لمنع نفسها من التورط أكثر مما ينبغي في العلاج. والمفارقة أنها كانت تخلق حالة من الشك وعدم اليقين تعزز مخاوفها، وبالتالي تجعلها تشعر أنها أكثر عجزاً.

في البداية، يرى المكتئب العادي المعالج مرة أو مرتين أسبوعياً، كقاعدة، في جلسات تمتد حوالي ٤٥ دقيقة. وما أن يتم إرساء درجة معينة من الارتياح، فإن تكرار الزيارات فيما بعد يتحدد بحسب الأمور التي تحتاج لمناقشتها، ومقدار الاضطراب المتبقي في حياة المكتئب، ومقدار المجال المتاح لمزيد من التبصر والمعرفة. ونظراً لقابلية المكتئب لتطوير حاجات شديدة لمن تربطه بهم علاقة، فإنه سوف يعاني كثيراً خلال العلاج بسبب رغبته في رؤية الطبيب مرات أكثر، ويعاني من ناحية أخرى دافع إنهاء العلاج في أقرب لحظة ممكنة.

العلاج المعرفي والسلوكي

واحدة من أصعب مهام المعالجين هي تشجيع المرضى على التحرر من أنماط السلوك الضارة الهادمة للذات، مما قد يتطلب قدراً كبيراً من الإقناع والصبر من جانب المعالجين. وقليل من المرضى هم الذين يتوقفون عن هذه السلوكيات بمجرد أن يدركوا ضررها، ولكن الكثيرين منهم يميلون إلى التسويف لأنهم لا يدركون المغزى من النصيحة أو لأنهم غير مستعدين لفقد الإشباع الذي يظنون مخطئين أن سلوكياتهم تحققه لهم. عادة ما لا يكون كافياً أن يوصيهم معالجوهم بالتغيير، بل يجب على المعالجين أيضاً أن يوضحوا لهم أن مثل هذا التغيير سوف يثير بعض الاكتئاب، ولكنه في الوقت نفسه سيطلق العواطف التي يمكن التعامل معها خلال الجلسات. المريض الذي كان منخرطاً بشكل قهري في سلسلة من العلاقات الجنسية الفارغة مثلاً ربما يخفي قدراً كبيراً من عدم الثقة بنفسه كإنسان.

وثمة مهمة أخرى ضرورية هي تشجيع المرضى على التحرر من أنماط التفكير والإدراك الضارة والهادمة للذات بطريقتهم الخاصة. الأطباء النفسيون، مثل د. "جون راش" من جامعة تكساس، يعتقدون أن مثل هذه الأنماط المعرفية تسهم بشكل كبير في الأمزجة الاكتئابية، وهذا يشكل أساس ما بات يعرف باسم "العلاج المعرفي". ونظراً لأن الاستراتيجيات المستخدمة في المنهج المعرفي للعلاج النفسي مصممة ومحددة بدقة، أصبح من الممكن دراسة أثر العلاج المعرفي في تخفيف الاكتئاب وتعزيز قدرة الناس على التعامل بمزيد من النجاح مع الضغوط والتغيير في المستقبل. وقد أظهرت دراسات عديدة أن العلاج المعرفي، الذي يتكون عادة من جلستين أسبوعياً مدة كل واحدة منهما ساعة على مدار ١٠ أسابيع، يتساوى في فعاليته في تقليل الاكتئاب مع الأدوية المضادة للاكتئاب. وتشير بعض الأدلة الحالية إلى أن الجمع بين العلاج المعرفي والأدوية المضادة للاكتئاب يحسن فرص الشفاء أكثر.

ما الذي يحدث فعلياً؟ وفقاً لأصحاب النظرية المعرفية، هناك ثلاثة عناصر أساسية لتطور الاكتئاب السريري، وهي: الثالوث الإدراكي، والافتراضات الصامتة، والأخطاء المنطقية. العنصر الأول يتكون من الأفكار السلبية التي لدى الناس عن أنفسهم، وعالمهم، ومستقبلهم. فهم يفترضون أن هذه الأشياء تفتقر إلى شيء ضروري لسعادتهم. فهم مثلاً يرون أنفسهم تافهين، أو يرون بيئاتهم قاسية وغير مشجعة، أو يرون مستقبلهم ميئوساً منه.

والافتراضات الصامتة هي قواعد غير معلنة تؤثر على الأنماط السلوكية والعاطفية وأنماط التفكير لدى الشخص. والأنواع التي يبدو أنها تمهد الساحة للاكتئاب هي نفسها بلا شك تصيب بالاكتئاب، مثل: "إذا ارتكبت أي أخطاء، فلن يحترمني الناس"، أو "إذا لم تتصل بي خطيبتي لمدة أسبوعين، فهذا لأنها تظن فعلاً أنني لست شخصاً لطيفاً". والأخطاء المنطقية ليست إلا أخطاء منطقية. فأنت تتلقى إشعاراً من مصلحة الضرائب، وقبل أن تفتحه، تشعر *كما لو كنت* ستقاد إلى السجن. لا أحد يقترب منك للحديث معك خلال إحدى الحفلات، فتشعر *كما لو كنت* مرفوضاً بسبب شخصيتك وكيانك.

أثناء عملية العلاج المعرفي، تتم مساعدة الفرد على التعرف على هذه الأفكار

السلبية، والافتراضات الصامتة، والأخطاء المنطقية، ويتم تشجيعه على تصحيحها ذهنياً في كل مرة تراوده فيها. والنظرية التي تمارس عملها هنا هي النظرية التي تقول إن المرء يمكنه تغيير مشاعره وسلوكياته عن طريق تغيير طريقة تفكيره وإدراكه.

في الواقع، المبادئ المستخدمة في العلاج المعرفي يستخدمها معظم المعالجين المحنكين. من عدة طرق، يذكرنا هذا المنهج بنصيحة "نورمان فينسنت بيل" في كتابه الشهير "قوة التفكير الإيجابي" The Power of Positive Thinking. العلاج المعرفي أداة قيمة كطريقة بحثية؛ فما تعلمناه منه يمكن معالجته واستخدامه في العديد من أشكال تعليم إدارة الضغوط.

العلاج النفسي بين الشخصي

منذ عشرين عاماً، كانت لا تزال القاعدة لا الاستثناء هي أن يستشير المكتئبون الأطباء النفسيين نتيجة الحزن والكرب الذي يسببه لهم الاكتئاب، أو بناءً على إصرار شخص قريب منهم. أما الآن، فالأكثر شيوعاً أن يطلب المكتئبون المساعدة لأنهم يعانون من مشكلات خطيرة في علاقاتهم الشخصية، وفي المقام الأول، علاقات الحب والزواج. ليس من المدهش إذن أن ظهر منهج علاج نفسي آخر قصير المدى للاكتئاب يسمى "العلاج النفسي بين الشخصي"، وهو -مثله مثل العلاج المعرفي- علاج مركز يؤكد على الصعوبات المعاصرة التي يواجهها الشخص مع شريك حياته، وحتى مع والديه، وأولاده، وأصدقائه، وزملائه في العمل.

الأساس النظري للعلاج النفسي بين الشخصي هو أن الاكتئاب غالباً ما ينشأ عن تمزق في الروابط، ومثال ذلك الاكتئاب الناشئ عن الحزن الذي ينتاب المرء عقب فقد شخص عزيز. وبالمثل، فإن الأشخاص الذين يعانون نقاط ضعف اجتماعية، مثل الافتقار إلى علاقات حميمة قوامها الثقة، يتمتعون بحماية أقل ضد الإصابة باكتئاب خطير أو مزمن عند مواجهة ضغوط الحياة.

يركز المعالجون الذين يستخدمون طريقة العلاج بين الشخصي على أربع مناطق مزعجة محددة، مع التأكيد على المناطق التي تلعب دوراً مهماً في اكتئاب شخص بعينه، مثل الحزن، ونزاعات الأدوار -كالتي ترتكز على توقعات غير متبادلة في

العلاقة- وتحولات الأدوار -التي تتطلب من الفرد الانتقال من مرحلة معينة في حياته إلى مرحلة أخرى (مثل التخرج من الجامعة، أو الزواج، أو الطلاق)- والقصور بين الشخصي، مثل العجز عن إقامة علاقات وثيقة قائمة على الثقة، أو الافتقار إلى مجموعة المهارات اللازمة للتفاعلات الصحية. وربما مهدت هذه المشكلات الساحة للاكتئاب السريري، وربما تكون أيضاً ناشئة عن الاكتئاب الذي يمكنه هو نفسه أن يمارس ضغطاً على العلاقات.

يتم العلاج بين الشخصي في بيئات فردية وجماعية. وعادة ما يتم عقد جلسة واحدة أسبوعياً على مدار ٤ أشهر تقريباً. والعلاج النفسي بين الشخصي منظم -مثل العلاج المعرفي- ومن ثم فإنه قابل للتقييم. وتشير الدراسات إلى أن أكثر من نصف من يخضعون للعلاج النفسي بين الشخصي يتعافون تماماً من الاكتئاب. ويبدو أن فعالية هذا العلاج تتساوى مع فعالية العلاج المعرفي وفعالية استخدام مضادات الاكتئاب، رغم أن العلاج باستخدام مضادات الاكتئاب يبدو أنه يحدث تحسناً أسرع.

كما هي الحال مع العلاج المعرفي، يدمج المعالجون الناجحون المتمرسون مفاهيم واستراتيجيات العلاج بين الشخصي في عملهم المعتاد مع المكتئبين. وحقيقة أن هذين المنهجين حققا نتائج تعادل النتائج التي حققتها العقاقير المضادة للاكتئاب -التي هي غالباً الطريقة المثلى لمعالجة حالات الاكتئاب الشديد أو المتكرر- تبرر بقوة عدم التخلي تماماً عن العلاج النفسي للاكتئاب لصالح العلاج البيولوجي، وهو ما يبدو أن بعض المراكز التعليمية التابعة لكليات الطب تشجعه.

حس الفكاهة في العلاج النفسي

وجود قدر معين من الفكاهة يعتبر عنصراً مهماً في العلاج النفسي. وقد حذر الطبيب النفسي "لورانس كوبي" من الاستخدام الطائش للدعابة في العلاج خشية أن يكون هذا على حساب المريض، بما يعزز تدني احترامه لذاته، ولكنه أوضح أن حس الفكاهة يمكنه أيضاً "التعبير عن دفء وعاطفة حقيقيين... ويكمن الفارق الحاسم في الضحك مع شخص ما أو الضحك عليه.... بين يدي معالج متمرس، يمكن أن يكون

حس الفكاهة أداة آمنة وفعالة". ما كان كوبي يحذر منه هو نوع معين من الدعابة ينتقص من المعالج أو المريض، خاصة أنه من الممكن استخدامه بواسطة معالج مبتدئ أو معالج يستخدمه كمتنفس لعدوانيته الشخصية.

رغم ذلك، فإن حس الفكاهة هو استجابة حيوية وضرورية لبعض المواقف، وقوة موازنة مهمة للاكتئاب. الدعابة تستعيد المنظور وتوسعه. رجل أعمال في منتصف العمر قال لمعالجه وهو يتحدث بجدية بالغة: "كانت هذه أصعب شهور مرت بي في العمل على الإطلاق. تقلص في هوامش الربح؛ مشكلات مع الموظفين؛ قضايا براءات اختراع. ورغم كل هذا، احتفظت بجنوني حتى النهاية!". وعندما أدرك هو والمعالج زلة لسانه، انفجرا ضاحكين.

إشراك أفراد الأسرة والأزواج في العلاج

كثير من المكتئبين يمكن علاجهم بنجاح دون إشراك أسرهم بشكل كبير. ومن المفيد دائماً -إذا وافق المرضى وأسرهم- أن يلتقي المعالجون بأفراد الأسرة المهمين ليتعرفوا على طبيعة علاقاتهم بالمريض. فالأسر في النهاية عبارة عن جماعات تضم أشخاصاً تجمعهم صلات قوية أسهموا في نوبات الاكتئاب التي تعتري المكتئبين، ويتأثرون بها. فلا أحد يصاب بالاكتئاب في فراغ مستقل. والمرضى كثيراً ما يمثلون المرض الذي يجري في كل أفراد الأسرة، وشفاؤهم لابد أن يسبب بالضرورة أمواجاً، أو تحولات في قيم وميزان قوة المجموعة بأكملها.

واحد من أكثر المواقف التي ينخرط فيها المعالجون بفعالية مع الأسر شيوعاً هو موقف علاج الأشخاص المكتئبين الذين أسهمت مشكلاتهم الزوجية في نشوء الاكتئاب، أو نتجت عن الاكتئاب. والموقف الثاني هو موقف علاج المراهقين، الذي يكون بعض التواصل الأوليّ مع أسرهم ضرورياً فيه من أجل تقييم بيئاتهم والحصول على تاريخ شامل للمشكلة.

معالج المراهق المكتئب نادراً ما يقدم المشورة لأسرة المراهق؛ لأن مثل هذا التواصل مع أفراد الأسرة يمكن أن يعرض ثقة المراهق التي نمت ببطء ومشقة في هذا الإنسان الراشد الاستثنائي الذي يستمع إليه للخطر. هناك قدر كبير من خطر

فقد تلك الثقة من خلال المبالغة في الاتصال بالأبوين. وعند الضرورة، يحيل المعالج أفراد الأسرة إلى أحد زملائه للحصول على المشورة.

ولكن من الشائع أن يعمل المعالجون مع أزواج وزوجات المكتئبين، ليس فقط لمساعدة الشريك على فهم كيفية التفاعل بشكل أفضل مع المكتئب، بل أيضاً لتعديل المواقف والأنماط السلوكية التي ربما تكون أسهمت في الاكتئاب في المقام الأول. وأحياناً، من أجل تحسين التواصل بين المرضى وشركائهم، يحضر الزوجان معاً في عدد من الجلسات المشتركة بعد زوال الاكتئاب.

وأحياناً يمتنع الأقارب عن التواصل تماماً مع المعالج، وتشيع مثل هذه المقاومة عندما يكون الزواج قد تدهور ووصل إلى شفير الطلاق مثلاً. وفي بعض الأحيان، يشعر الشركاء أن هناك شيئاً لا يستطيعون الكشف عنه أو لن يكشفوا عنه. قد يشعرون بالمهانة أو بالذنب -غالباً دون سبب- عندما يفكرون في أنهم مسئولون بشكل ما عن اكتئاب الشخص المكتئب. ربما يخافون أن يكتشف الطبيب "خللاً" لديهم أيضاً. وربما لا يكونون مستعدين للتنازل عن موقع القوة في العلاقة. وكثيراً ما يجهلون مغزى العلاج، وبالتالي سبب إشراكهم فيه بأي حال.

متى وكيف ينتهي العلاج النظامي

رغم أن عملية الشفاء تبدأ من اللحظة التي يقرر فيها المرء فعل شيء لمساعدة نفسه، فإنه يجب اعتبار الزيارات القليلة الأولى ذات طبيعة استشارية. ولا يمكن للمعالج أن يقرر أي مسار يتخذ، وبأي شيء يوصي إلا بعد أن تتاح له الفرصة لمعرفة الشخص والمشكلة.

مازالت هناك جلسة من ٦٠ دقيقة، وجلسة من ٥٠ دقيقة. وهناك أيضاً جلسة من ٤٥ دقيقة، وجلسة من ٣٠ دقيقة، وجلسة من ١٥ دقيقة، واتصال هاتفي مدته ٣ دقائق. ومازال هناك أشخاص يتلقون العلاج النفسي ثلاث مرات أسبوعياً لمدة ثلاث سنوات، ولكن هناك أيضاً أشخاص بنفس العدد يتلقون العلاج على مدار ١٢ جلسة خلال فترة ٣ أشهر فحسب. يجب أن ينصب التأكيد على المرونة. فيجب أن يقوم المرضى بالعدد اللازم من الزيارات إلى الطبيب لتحقيق أهداف محددة من وراء

علاجهم وهي: التعافي من الاكتئاب، وفهم سببه، وتعديل طرق تعاملهم مع أنفسهم، وإدراكهم لها من أجل تحقيق أقصى استفادة ممكنة من اكتئابهم. ويمكن إدارة رد الفعل الاكتئابي الحاد بنجاح في غضون بضعة أشهر. فإذا كان الاكتئاب مزمناً، ولاسيما إذا كان المكتئب قد نصب لنفسه -في إطار الاكتئاب المزمن- شبكة من الفخاخ، فمن السهل أن يمتد العلاج لعدة سنوات.

هناك عوامل عديدة تحدد مدة العلاج ونتيجته مثل: كم مضى على إصابة الشخص بالاكتئاب قبل بدء العلاج؟ إلى أي مدى عقّد الشخص حياته بنصب الفخاخ لنفسه؟ ما مدى استقرار وضعه الحياتي الحالي وما يقدمه له من دعم؟ ما مدى مرونة هذا الشخص؟ ما سرعة تعلمه؟ ما مدى مهارة وخبرة المعالج في التعامل مع الاكتئاب؟ الإجابة عن مثل هذه الأسئلة سوف تؤثر على قدر العلاج المطلوب لأي شخص معين. فعلى سبيل المثال، إذا كان المرء يواجه مشكلات زوجية خطيرة، أو يشتغل بوظيفة تصيبه بالضعف والتشوش، فإن العلاج قد يمتد لفترة أطول بكثير مما لو كان اكتئاب المرء عبارة عن رد فعل بسيط غير معقد تجاه موقف ضغط، مثل موت والد كبير السن.

ونهاية العلاج لا يجب أن تكون هي نهاية العلاقة بين المعالج والمريض، فكل واحد من الطرفين يجب أن يظل منفتحاً على الآخر. وإذا دعت الحاجة مستقبلاً إلى عودة المريض بمشكلة، أو فكرة، أو تجربة يخبر بها المعالج، فإن المعالج يجب أن يظل متاحاً لتجديد التواصل. كتب فرويد في مقاله الذي حمل عنوان Analysis Terminable and Interminable بالتفصيل، في عصر مختلف، عن عملية علاجية مختلفة. أكد فرويد أنه أثناء إجراء التحليل، يجب الوصول إلى نقطة ينتهي عندها التحليل. كان يعتقد أنه باستخدام معيار التغير في شخصية المريض، أو ظهور نقاط مقاومة لا يمكن التعامل معها وتجاوزها بنجاح، ينبغي أن يتوقف المحلل. يكون الأمر قد انتهى.

ومع الأسف، كان مفهوم فرويد عن إنهاء العلاج نهائياً إلى حد ما. فما لم يعد المريض التفكير في إعادة الدخول في التحليل مرة أخرى، كان باب غرفة استشارات المحلل يغلق بإحكام. وكانت نتيجة هذه السياسة أن كثيراً من المرضى الذين اضطروا للمعاناة من أزمات حياتية عقب فترة طويلة من التحليل حرموا من الحصول على

استشارة قصيرة الأمد كان من الممكن أن تساعدهم على مواجهة متاعب معينة بمرونة أكبر. لم يكن قد ظهر بعد مفهوم "الطب النفسي الوقائي"، الذي يُعنى بالحفاظ على الحالة الطيبة التي وصل إليها المريض بعد شفائه.

وفي وقتنا الحالي، أصبح تشجيع المعالجين للمرضى على البقاء على اتصال معهم إجراءً أكثر شيوعاً بكثير. وبهذه الطريقة، يمكنهم متابعة ما يحدث في حياتهم، بحيث تكون لديهم المعرفة اللازمة لتقديم مساعدة إضافية، في حال حدثت أزمة أو مشكلة في المستقبل.

يتيح العلاج النفسي للمكتئبين فرصة تحرير أنفسهم من اكتئابهم، وفي الوقت نفسه، يتيح لهم اكتساب معرفة وأفكار جديدة قيمة ومفيدة. وقد تسارعت هذه العملية بواسطة الأدوية المضادة للاكتئاب.

الفصل ٧

♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦

الأدوية المضادة للاكتئاب

اكتشاف الأدوية المضادة للاكتئاب

في عام ١٩٥٧، حدث تقدم كبير في علاج الاكتئاب باكتشاف مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants (TCAs) (سميت بهذا الاسم بسبب بنيتها الكيميائية ثلاثية الحلقات). حتى ذلك الحين، لم تكن هناك أي أدوية ذات فعالية كبيرة لتخفيف الاكتئاب. وقبل ذلك ببضع سنوات، كان قد بدأ استعمال الأدوية المهدئة (الفينوثيازينات، مثل ثورازين، وكومبازين)، ولكن لم يكن لها أي أثر على الحالة المزاجية، رغم ثبوت فعاليتها في علاج اضطرابات عقلية شديدة مثل الفصام.

وكما هي الحال مع كثير جداً من الاكتشافات الطبية الكبرى، جاء اكتشاف مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مصادفةً، حيث كان الطبيب النفسي السويسري "رونالد كوهن" يحاول التأكد مما إذا كانت هذه المركبات -وتحديداً إيميبرامين (توفرانيل) الذي كان يشبه كيميائياً الفينوثيازينات- مفيدة أيضاً في تخفيف الأعراض الانفعالية الحادة للفصام. وثبت عدم جدواها. غير أنه لاحظ بذكاء خلال دراسته تلطيفاً ملحوظاً للاكتئاب لدى كثير من المرضى. في البداية، قوبلت

ملاحظاته بكثير من الشك نظراً للحاجة إلى استخدام هذه العقاقير بانتظام لمدة ٣ أسابيع لتلطيف الاكتئاب. وعزا البعض النتائج التي توصل إليها إلى ما يطلق عليه اسم "أثر الغفل"، أو العلاج الوهمي الإرضائي.

وأثر الغفل في جوهره عبارة عن تغير في حالة المرء البدنية أو عواطفه يحدث ببساطة لأن المرضى يفترضون أن الدواء سيساعدهم. يقول الطبيب: "سأحقنك بهذا الدواء الجديد، وفي غضون دقائق سيزول شعورك بالصداع"، وكثيراً ما يزول الصداع فعلاً رغم أن الحقنة تكاد لا تحتوي إلا على الماء والملح.

يجب دائماً أخذ أثر الغفل في الاعتبار كلما كان هناك ادعاء بأن مادة ما تحدث تغييراً نفسياً؛ فالناس يسهل تأثرهم بالإيحاء -رغم تفاوتهم في ذلك- ويستجيبون للتوليفة المكونة مما يفعله بهم الدواء وما يقول الطبيب إنه يفعله بهم بإذعان إلى حد ما، بناءً على مقدار ثقتهم بهذا الطبيب ومدى تقبلهم لتوصياته.

تطلبت عملية تقييم مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات دراسات "مزدوجة التعمية" محكومة بدقة، وهي دراسات مصممة بحيث لا يعلم من يقيمون النتائج شيئاً عن طبيعة المادة ولا من أعطيت لهم من المرضى، وبحيث يتم اختيار المرضى عشوائياً. ومن ثم، استطاع الباحثون أن يثبتوا بما لا يدع مجالاً للشك أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات نجحت في تخفيف الاكتئاب؛ ليس لدى كل المرضى، ولكن معظمهم.

خلال قرابة ٤٠ عاماً مضت منذ اكتشاف إيميبرامين، تم تطوير وتسويق عقاقير أخرى كثيرة مضادة للاكتئاب، بعضها ثلاثي الحلقات وبعضها الآخر له تراكيب كيميائية مختلفة إلى حد ما. ومن أبرز مضادات الاكتئاب الجديدة "مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية"، التي تشمل فلوكسيتين (بروزاك)، وسيرترالين (زولوفت)، وباروكسيتين (باكسيل)، وسيتالوبرام (سيليكسا)، وفلوفوكسامين (لوفوكس).

السيروتونين، النورأبينفرين، والدوبامين هي مواد تتيح نقل الرسائل عبر نقاط الاتصال المشبكي للجهاز العصبي المركزي. فهناك اعتقاد بأن المصابين باكتئاب سريري مزمن ليس لديهم قدر كافٍ من إحدى هذه المواد -أو كلها- في هذه المواقع الحرجة وأن زيادتهما قد تخفف الحالة الاكتئابية المزمنة. وإحدى الطرق التي يمكن أن يحدث بها هذا هي تقليل "استرداد" السيروتونين، النورأبينفرين، و/أو الدوبامين،

بحيث يتوافر قدر أكبر من هذه المواد لنقل الرسائل العصبية في المخ.

والآن لا تقتصر مضادات الاكتئاب فعلياً على علاج الاكتئاب، ولكنها تفيد أيضاً في عدد من الاضطرابات الانفعالية المزعجة مثل القلق العام، وأنواع الرهاب، واضطراب الوسواس القهري، والنهام العصابي. ومن الأفضل النظر لهذه الأدوية على أنها وسائل لتحسين المرونة تستطيع استعادة المسارات الفسيولوجية في المخ، مما يمكن الجهاز العصبي من العمل كما ينبغي. وهكذا، ليس من المدهش أن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، مثل السيرترالين، أثبتت فعاليتها في علاج مرضى اضطراب توتر ما بعد الصدمة، ومرضى الرهاب الاجتماعي، حتى إذا كانوا لا يظهرون اكتئاباً كبيراً.

العلاج الدوائي للاكتئاب

الأدوية المضادة للاكتئاب

تتميز مضادات الاكتئاب بقدرتها إما على منع استرداد كيماويات مخية معينة (مثل النورأبينفرين، السيروتونين، و/أو الدوبامين)، وإما تثبيط إفراز إنزيم "أُكسيداز أحادي الأمين". ديسيبرامين (نوربرامين)، وبروتريبتيلين (فيفاكتيل)، ومابروتيلين (لوديوميل) هي في الأصل عقاقير تقلل استرداد النورأبينفرين. وتعمل مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية تحديداً على منع استرداد السيروتونين عند نقاط الاشتباك العصبي. إيميبرامين -الذي يعتبر المعيار الذهبي لجميع مضادات الاكتئاب- يمنع استرداد كل من النورأبينفرين، والسيروتونين، وكذلك الحال مع أميتريبتيلين (إيلافيل)، دوكسيبين (سينيكوان)، تريميبرامين (سورمونتيل)، نيفازودون (سيرزون)، فينلافاكسين (إفيكسور)، ميرتازيبين (ريميرون)، دولوكسيتين (الذي يخضع الآن للمرحلة الثانية من تجارب هيئة الأغذية والأدوية FDA). أما بوبروبيون (ويلبوترين) فهو يحدث في الأساس زيادة في الدوبامين في نقاط الاشتباك العصبي.

العقار الوحيد المثبط لاسترداد الدوبامين الموجود حالياً بالأسواق ويستخدم لعلاج الاكتئاب هو بوبروبيون (ويلبوترين)، الذي أثار بعض المخاوف عندما أوقفت هيئة الأغذية والأدوية المرحلة الثالثة من التجارب السريرية عليه في أوائل

الثمانينيات بسبب ارتفاع نسبة التشنجات. إلا أن الجرعات المستخدمة في تلك التجارب كانت مرتفعة جداً؛ ما يصل إلى ٩٠٠ مجم يومياً. والجرعة اليومية الموصى بها من بوبروبيون (ويلبوترين) هي ٣٠٠ مجم؛ ووفقاً للدلالات السريرية المقبولة، فإن أقصى جرعة يومية يوصى بها تبلغ ٤٥٠ مجم. ومما يحسب للبوبروبيون أنه لا يبدو أنه يسبب خللاً في الوظائف الجنسية لدى المرضى الذين يتعاطونه.

هناك مجموعة أخرى من مضادات الاكتئاب تسمى مثبطات "أُكسيداز أحادي الأمين" تمنع الإنزيمات التي تحلل السيروتونين والنورأبينفرين. وبعد التوقف عن تعاطي هذه العقاقير، تحتاج أجهزة الجسم لأسابيع عديدة لتجدد نفسها. ويبدو أن هذه الأدوية -مثل فينيلزين (نارديل) وترانيلسيبرومين (بارنيت)- لها دور في علاج مجموعة صغيرة من المكتئبين ذوي الأعراض "غير الطبيعية"؛ أي، الذين بدلاً من أن تظهر عليهم علامات وأعراض السوداوية التقليدية من استيقاظ في الصباح الباكر، وفقد للشهية، ونقص في الوزن، ونقص في الرغبة الجنسية، فإنهم عادة ما يفرطون في النوم وتناول الطعام، ويمرون بحالة عامة من العصبية والتوتر والإعياء.

والفئة الأخيرة التي نتناولها بالحديث هنا تتكون من أدوية ذات خصائص دوائية مختلطة وتشمل ترازودون (ديسيريل)، وكلوميبرامين (أنافرانيل)، وأموكسابين (أسيندين). ويتشابه كلوميبرامين في خصائصه مع مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ومثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، ورغم استخدامه بشكل رئيسي في تخفيف أعراض الاستحواذ القهري، فإنه فعال أيضاً في تخفيف أعراض الاكتئاب.

هناك اختلافات مهمة بين هذه الأدوية. فبعضها -مثل ديسيبرامين (نوربرامين)، وفلوكسيتين (بروزاك)- له آثار منبهة ملحوظة. والبعض الآخر -مثل أميتريبتيلين (إيلافيل)- له أثر مسكن، ومن ثم، قد يكون مفيداً للغاية في علاج من يعانون قدراً كبيراً من القلق، أو الاهتياج، أو الأرق. أما مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية فيبدو أن لها أثراً مركزاً بدرجة أكبر على الأمينات الحيوية، وآثاراً جانبية معتدلة ومن ثم أسهل في مراقبتها، كما أن تحمل المرضى لها أفضل، وهي أكثر فائدة في علاج أصحاب الحالات الاكتئابية الأقل شدة، والذين لا يستطيعون تحمل الإزعاج الذي تسببه مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات عادة، خاصة جفاف الحلق والإمساك.

ومن الأسهل استخدام مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية مع مرضى الاكتئاب الجزئي، وهو اكتئاب مزمن خفيف يتسم بسنوات من تدني تقدير الذات، وفقد الحافز، والقلق، والتشاؤم، والتفكير السلبي.

بعض المرضى الذين لا يظهرون استجابة لعقار معين مضاد للاكتئاب رغم تعاطيه بجرعات كافية لفترة كافية قد يستجيبون لأحد مضادات الاكتئاب الأخرى لأسباب ليست واضحة على الإطلاق. وبالممارسة، يتعلم معظم الأطباء إتقان استخدام العديد من مضادات الاكتئاب في كل فئة ويصفونها وفقاً لاحتياجات المرضى كما يرون.

منبهات الجهاز العصبي المركزي

استخدمت أدوية أخرى لعلاج الاكتئاب، مثل منبهات الجهاز العصبي المركزي، والتي يشار إليها أحياناً باسم المنبهات النفسية. لسنوات، كانت الأمفيتامينات توصف دون قيود للمرضى لتخفيف انخفاض المعنويات والإرهاق. وكثيراً ما كان يجمع بينها وبين الباربيتورات لتلطيف الشعور بالقلق. وهذا الأسلوب ليس فقط غير مبرر وغير فعال في تخفيف الاكتئاب، بل إن كلتا هاتين الفئتين من العقاقير يمكن أن يساء استعمالها على نحو خطير. تحدث الأمفيتامينات والباربيتورات استجابة فورية لدى الشخص الذي يتعاطاها. ومن ناحية أخرى، نجد أن هذا لا ينطبق على مضادات الاكتئاب؛ لأن فعاليتها تظهر ببطء على مدى أسابيع، وهي لا تحدث تغيرات سلوكية تمهد الساحة لإساءة الاستعمال.

تشمل المنبهات النفسية، التي تنبه الجهاز العصبي المركزي بإطلاق الأمينات الأحادية، ميثيلفنيدايت (ريتالين)، ديكستروأمفيتامين (ديكسيدرين)، ميثافيتامين (ديسوكسين)، بيمولين (سايليرت). ورغم أنها من الناحية الفنية لم تحصل على موافقة هيئة الأغذية والأدوية إلا لعلاج اضطراب نقص الانتباه (مع أو بدون فرط النشاط)، فإن هذه المركبات توصف أحياناً لمن يعانون من حالات اكتئاب أخف وطأة. ويعتبر الميثيلفنيدايت أكثر دواء يوصف على نطاق واسع في هذه المجموعة، وهو معروف بقدرته الملحوظة على تخفيف الأعراض المرتبطة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط عند الأطفال. وفي الواقع، حوالي ٩٠ بالمائة من الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية ممن يتناولون أدوية علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يوصف لهم الميثيلفنيدايت الذي أثبت فعاليته في تحسين التحصيل الدراسي والإنتاجية،

وفترة الانتباه، والتفاعلات مع النظراء لدى هؤلاء الأطفال. إلا أن استخدامه مازال مثار جدل.

الهرمونات

تضاف الهرمونات -مثل هرمون الدرقية، والهرمون المنبه للدرقية، وهرمون ثلاثي يود ثيرونين- أحياناً إلى نظم العلاج بمضادات الاكتئاب لتحسين الآثار العلاجية للأدوية المضادة للاكتئاب. حققت هذه الاستراتيجية المسماة بزيادة هرمون الدرقية نتائج مختلطة وتمت دراستها بدرجة كبيرة بالارتباط مع مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات إيميبرامين، وأميتريبتيلين، وديسيبرامين.

تم إجراء اختبارات غير ناجحة على الإستروجينات في النساء اللائي يصبن بالاكتئاب عند سن اليأس. وقد صرحت كثير من النساء اللاتي يستخدمن حبوباً لمنع الحمل -والتي هي في الأساس هرمونات تؤثر على دورة الحيض والتبويض- بأنه كان هناك انخفاض في الحالة المزاجية أثناء تناولهن لهذه الحبوب. ويبدو واضحاً أن هناك علاقة بين اختلافات الحالة المزاجية وتغير وظائف الغدد الصماء، ولكن طبيعة هذه العلاقة وكيفية استغلالها لصالح العلاج مازالت تحتاج للبحث والتوضيح.

أدوية القلق

القلق كثيراً ما يصاحب الاكتئاب. وفي الواقع، قد يكون القلق أحياناً هو أبرز علامات الضيق والاكتئاب. لذا، من الشائع أن يصف الأطباء أدوية القلق كتدخل أولي لمساعدة المريض على التحسن. تنتمي المهدئات البسيطة مثل ألبرازولام (زناكس)، أوكسازيبام (سيراكس)، ديازيبام (فاليوم)، كلورديازيبوكسايد (ليبريوم)، لورازيبام (أتيفان) إلى فئة من الأدوية تسمى البنزوديازيبينات، وهي توصف عموماً لتخفيف العصبية، والتوتر، والأرق.

ومما يدعو للسخرية أن هذه الأدوية كثيراً ما تزيد حدة الاكتئاب. وإنقاص جرعة الدواء تدريجياً وبحرص يمكن أن يؤدي أحياناً لتحسن كبير في مزاج المريض، ناهيك عن تخفيف النعاس والإرهاق اللذين كثيراً ما يصعبان استخدام أدوية القلق. ويجب أن نذكر أنه بينما لا تسبب مضادات الاكتئاب الإدمان، فإن البنزوديازيبينات قد تسبب الإدمان وقد يساء استخدامها. يجب ألا تستخدم البنزوديازيبينات إلا كإضافة

مؤقتة لدواء معتمد مضاد للاكتئاب، ويجب وقفها بمجرد تحسن حالة المريض وعدم حاجته إليها.

جرعة مضادات الاكتئاب

كي تؤتي مضادات الاكتئاب ثمارها، يجب إعطاء جرعة كافية منها على مدى فترة كافية، تتراوح عادة بين ٤ و ٦ أسابيع كحد أدنى. وعند تحديد جرعة فعالة من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، يتعين على الطبيب عادة زيادة الجرعات تدريجياً لتقليل الآثار غير المستحبة. علاوة على ذلك، قد يكون هناك تباين فردي كبير فيما يتعلق بالجرعة المثلى لكل مريض. وعندما لا يستجيب المرضى للعلاج كما هو متوقع، فإن الإجراء الشائع هو تحديد مستوى مضاد الاكتئاب في الدم ومقارنته بالمستويات المعروفة المحددة للفعالية. إحدى مميزات مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية هي سهولة بلوغها للجرعة العلاجية الفعالة. على سبيل المثال، بالنسبة لكثير من المرضى، قرص واحد يحتوي على ٢٠ مجم من فلوكسيتين، أو قرص يحتوي على ٥٠-١٠٠ مجم من سيرترالين يكفي لتحقيق الآثار المرجوة.

وسبب استغراق هذه الأدوية وقتاً طويلاً حتى تؤتي مفعولها غير معلوم. وثمة موقف مشابه يمكن أن نراه في استخدام هرمونات علاج اضطرابات الغدد الصماء. ففي علاج قصور الغدة الدرقية مثلاً، عادة ما يتطلب الأمر عدة أسابيع من تعاطي هرمونات الدرقية لعلاج هذا القصور. وقد يحتاج الأمر عدة أسابيع من العلاج بالإستروجين لتحقيق الآثار المرجوة لدى النساء اللائي يعانين من نقص الإستروجين خلال سن اليأس.

عادة ما يظهر المكتئبون الذين يتعاطون مضادات الاكتئاب بعض بوادر زوال المرض وزيادة الطاقة خلال الأسبوع الأول من العلاج بالعقاقير. فخلال بضع ليالٍ، ينامون بشكل أفضل. وقد يلاحظون مثل هذه التغيرات بأنفسهم أو لا يلاحظونها. والواقع أن هذا التحسن قد يكون ملحوظاً بدرجة أكبر للآخرين. وخلال الأسبوع الثاني من العلاج، غالباً ما تصل الحالة إلى مرحلة ثبات، فلا يمكن ملاحظة المزيد من التحسن، وأحياناً، تحدث عودة حادة للألم العاطفي، مع زيادة احتمال الانتحار. وبنهاية الأسبوع الثالث من العلاج، يبدأ المرضى عادة في الشعور بالتحسن،

ويستطيعون التركيز بدرجة أكثر فعالية، ويمرون بنوبات أقل من الاكتئاب، وعادة ما تكون نوبات قصيرة. ويشبه هذا الأثر على حد قول أحد المرضى: "انفراج أزمة". وعندما يقع لهم حادث مزعج أو يعكر صفوهم أمر مستفز، فإنهم يظهرون قدراً أكبر من المرونة ويتعافون من الأثر أسرع كثيراً من ذي قبل. وتشير الدراسات التي أجريت مؤخراً إلى أن الجرعات الأعلى من مضادات الاكتئاب قد تكون مطلوبة للعلاج الفعال لحالات الاكتئاب المزمن طويل الأجل.

الآثار الجانبية لمضادات الاكتئاب

مضادات الاكتئاب لها آثارها الجانبية، مثل جميع الأدوية. فمثلاً، الأشخاص الذين يتعاطون مثبطات الأُكسيداز أحادي الأمين يجب عليهم اتباع نظام غذائي صارم مع تجنب الأطعمة الغنية بالتيرامين مثل الفول، والرنجة، وأنواع معينة من الجبن، والشيكولاتة، وإلا عرضوا أنفسهم لخطر الزيادة السريعة في ضغط الدم الناتجة عن التفاعل المعاكس بين مثبطات الأكسيداز أحادي الأمين والحمض الأميني التيرامين.

تشتمل أشهر الآثار الجانبية المرتبطة بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات على جفاف الحلق، والإسهال، وذلك نتيجة النشاط المضاد للكولين الذي يسبب جفاف الأغشية المخاطية. وبعض المرضى يتعرقون بغزارة. وقد ينشأ عن ذلك أيضاً هبوط ضغط الدم الانتصابي، وهو مضاعفة طبية قد تكون خطيرة. فعندما يغير المريض وضعه فجأة، من الرقود إلى الجلوس أو الوقوف، يمكن أن يحدث هبوط حاد ومفاجئ في ضغط دمه مما قد يسبب الدوار، وحتى الإغماء العابر. كما أن نوبة من هبوط الضغط الانتصابي قد تسبب نوبة قلبية، خاصة لدى من يعانون من مرض القلب بدرجة ملحوظة.

يجب تقييم حالات مرضى الاكتئاب المصابين بأي نوع من أمراض الأوعية الدموية، أو الذين هم عرضة للإصابة بأمراض القلب تقييماً دقيقاً قبل إعطائهم مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، وكذلك خلال الدورة العلاجية بأكملها. هذه الأدوية يمكن أن تتسبب في تغيرات في رسم القلب الكهربائي، مما يعكس تغيرات في وظائف القلب، ومن ثم يمنع استعمالها مع من يعانون من اضطرابات التوصيل القلبي.

وتشتمل الآثار الجانبية الأخرى لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات على الإرهاق،

وتشوش الرؤية، والنعاس، والطفح الجلدي، وفرط الحساسية لأشعة الشمس. وثمة أثر جانبي مزعج يتمثل في نقص النشاط والأداء الجنسي الذي قد يصعب أحياناً تمييزه عن نقص الرغبة الجنسية التي تصاحب الاكتئاب عادة. وعند تقليل الجرعة المعطاة من دواء معين أو التوقف عن تعاطي الدواء تماماً، يعود مستوى الأداء الجنسي إلى ما كان عليه قبل العلاج.

يبدو أن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية تتسبب في مشكلات أقل. فالمرضى يتحملونها بارتياح أكبر بكثير، ويمكن استعمالها مع مجموعة كبيرة ومتنوعة منهم. غير أنها لا تخلو من الآثار الجانبية، التي ليس أقلها انخفاض النشاط والأداء الجنسي؛ ويبدو أن هذا يكون أوضح مع سيرترالين (زولوفت) منه مع فلوكسيتين (بروزاك). فإذا عانى المريض من أي نقص في النشاط والأداء الجنسي، فهناك العديد من العلاجات الممكنة؛ منها تقليل العقار تدريجياً ثم إيقافه في النهاية مع ملاحظة حالة المريض، واستبدال العقار بآخر لا يسبب متاعب جنسية، مثل بوبروبيون (ويلبوترين). أو النظر فيما إذا كان تقليل الجرعة يحقق الغرض. هناك وسيلة أخرى تتمثل في اقتراح الحصول على راحات قصيرة من العلاج؛ التوقف ليوم أو يومين عن تعاطي العقار للسماح بالنشاط الجنسي. وهذه الطريقة تفيد إلى حد ما مع عقار سيرترالين، ولكنها قد لا تفيد مع عقاقير أخرى مثل فلوكسيتين، الذي يتخلص منه الجسم ببطء أكبر.

يشكو بعض من يتعاطون مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية -خاصة من يتعاطون فلوكسيتين- من القلق، والاهتياج، والأرق. وبسبب هذا التداخل مع النوم، يتم تعاطي معظم مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية في الصباح. وتقلل هذه العقاقير ميل الشخص للاستجابة بصورة مبالغة لمسببات الضغوط، أو المبالغة في القلق بشأنها -وهو أثر إيجابي بالتأكيد- ولكن أحياناً يمكن أن توجد حالة مزعجة من اللامبالاة، مما يقلل من تحفز المرء ونشاطه. كما أفادت التقارير أن فلوكسيتين يتسبب في تخيلات وسلوكيات انتحارية وعنيفة. فإذا كانت هناك أي علامات على مثل هذا التطور، يجب إيقاف العلاج بالشكل المناسب واستبداله بمضاد آخر للاكتئاب.

كثير ممن يتعاطون مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات يزدادون وزناً. وتثبت الدراسات الدقيقة أن هذه الزيادة ناشئة إلى حد كبير عن زيادة كمية الطعام

المستهلكة نتيجة تحسن الشهية. في وقت ما، كان هناك زعم بأن فقد الوزن المصاحب للاكتئاب يعكس وجود تحلل في أنسجة الجسم وتخلص منها، وهو ما يحدث بغض النظر عن كمية الطعام المستهلكة. ولكن الدراسات التي أجراها المؤلف وبعض الزملاء أثبتت أن كتب الحمية حذرت القراء مؤخراً من استعمال مضادات الاكتئاب أثناء محاولة إنقاص الوزن، مما يعني ضمناً أن الأدوية نفسها سبب مباشر في زيادة الوزن. ومع وضع كافة الأمور في الاعتبار، يجب اتخاذ احتياطات معقولة فيما يتعلق بهذا الأمر. ويبدو أن بعض مضادات الاكتئاب، مثل مابروتيلين (لوديوميل)، لها تأثير منبه بدرجة كبيرة على الشهية، وقد تكون مفيدة في علاج المرضى الذين يعانون من نقص خطير في الوزن. في معظم الأحوال، لا تكون زيادة الوزن شائعة بين من يتعاطون مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، ولكنها قد تحدث، وعندما تحدث، فإنها يمكن أن تسبب المتاعب، حيث تؤدي لتثبيط الهمة وعدم الالتزام. ويجب أن يأخذ الأطباء والمرضى هذا مأخذ الجد ويفكروا في إجراءات التغذية والتدريب البدني التي يمكن اتخاذها للسيطرة عليه بشكل أفضل. وتبدو زيادة الوزن احتمالاً أقل مع عقار سيرترالين وفلوكسيتين منها مع باروكسيتين، وتشير التقارير إلى أن نيفازودون يصاحبه احتمال أقل كذلك. أما العقار الذي يصاحبه أدنى احتمال لزيادة الوزن فيبدو أنه بوبروبيون. لذا، قد يكون من الحكمة أحياناً تغيير الأدوية، خاصة لأن الحساسية لزيادة الوزن وغيرها من الآثار الجانبية لبعض مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية يعتقد أنها تتأثر بالأنماط الوراثية الفردية.

خبرة الطبيب واجتهاده أمران حاسمان في قراره ما إذا كان سيصف مضاداً للاكتئاب أم لا. فإذا كان الطبيب يشعر أن المريض سيشفى بسرعة من الاكتئاب، يمكنه أن يمتنع عن تنفيذ دورة علاج بالأدوية تستغرق حوالي ٤ أسابيع كي يبدأ مفعولها، وتمتد عادة ٤-٦ أشهر. كما ينبغي أن يتأكد الطبيب أيضاً من أن من يقولون إنهم مكتئبون هم مكتئبون حقاً.

الاستجابات للعلاج

يوجد تباين كبير بين الناس في الوقت الذي يستغرقه التعافي من الاكتئاب بعد طلب المساعدة من متخصص والخضوع لبضع جلسات علاجية. استشارت امرأة في

الثلاثين من عمرها طبيباً لأنها كانت تشكو من شعور بالاكتئاب. كانت قد انفصلت مؤخراً عن خطيبها، وقبل ذلك لم يكن قد انتابها أبداً اكتئاب بدرجة ملحوظة. خلال الجلستين الأوليين، تمكن معالجها من إظهار الألم والغضب اللذين كانت تشعر بهما نتيجة إنهاء العلاقة. أوضحت قائلة: "رغم أنني أنا من أنهيتها، فإنني شعرت بالرفض". وفي الزيارة الثالثة، كانت حالتها المزاجية أفضل بكثير، وكانت تنام جيداً. زوال اكتئابها السريع جعل الطبيب النفسي يؤجل إعطاءها مضاداً للاكتئاب. وعلى العكس من ذلك، امرأة أخرى جاءت إلى نفس الطبيب تشكو من تاريخ امتد خمس سنوات من الأرق، والتشاؤم، وسرعة الانفعال، والانسحاب الاجتماعي، وسوء الحياة الجنسية، ولم تكن تعتبر نفسها مكتئبة أبداً حتى قرأت عن الاكتئاب في مجلة شهيرة، فوصف لها الطبيب دواءً مضاداً للاكتئاب بعد جلستها الثانية. قرار الطبيب النفسي في هذه الحالة كانت تحكمه الطبيعة القديمة لاكتئابها وحقيقة أن العلاج النفسي وحده لم يكن من المحتمل أن ينهي النمط المزمن الذي يصيبها بالعجز.

يتأثر العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب أيضاً بمدى تعقيد اكتئاب المريض. فإذا كان المريض يعاني اكتئاباً غير معقد نسبياً (انخفاض في الحالة المزاجية، أو قلق، أو أرق، أو فقد للوزن)، فإن الطبيب يمكنه توقع استجابة طيبة للدواء. ولكن هذا المكتئب قد يظهر أيضاً قدراً كبيراً من الخوف، والاهتياج، وعدم الاستقرار. وقد يكون انخفاض المزاج مرتبطاً بفرط حساسية ارتيابي إلى حد ما: "أحياناً أظن أن الجميع يسعون إلى تدميري. هذا الصباح، دق جرس الهاتف ثلاث مرات ولم يكن ثمة أحد على الطرف الآخر". الغضب الشديد (الذي قد يتصاعد أحياناً إلى درجة العنف البدني) قد يكون أيضاً جزءاً من الصورة السريرية. وفي ظل هذه الظروف، ربما يضيف الطبيب النفسي مهدئاً قوياً إلى نظام العلاج بمضادات الاكتئاب. ورغم أن هذا المهدئ لا يخفف الأعراض الاكتئابية، فإنه يسيطر على الغضب، والخوف، والاضطراب الجنسي، وفرط الحساسية، والاهتياج في غضون بضعة أيام. وفي الواقع، أحياناً، إذا لم يصف الطبيب النفسي هذه التوليفة العلاجية الدوائية، فإنه يكتشف أن المريض لن يشفى كما هو متوقع بنهاية العلاج بعد ٤ أسابيع بسبب الأثر الضار لهذه الانفعالات.

يجب أيضاً تقييم الاعتبارات التشخيصية. فقرار استعمال مضاد للاكتئاب لعلاج مرضى الاكتئاب الجزئي أو الاكتئاب أحادي القطب -وهو حالة مرضية يعاني

فيها المريض من الاكتئاب فقط، بدون هوس- شيء، واتخاذ قرار باستعمال مضادات الاكتئاب مع مرضى الاضطراب ثنائي القطب (وهو مصطلح حديث نسبياً يشير إلى الهوس الاكتئابي) الذي يحدث فيه تناوب بين فترات الاكتئاب وفترات الهوس، ويتسم بفرط الإثارة، وأفكار العظمة، والأنانية المفرطة، والغضب، وسرعة الاهتياج، هو شيء آخر مختلف.

عند وجود تاريخ هوسي، تنضم إلى الصورة مجموعة أخرى من الاعتبارات العلاجية. فيمكن استخدام مضاد للاكتئاب لتخفيف الاكتئاب، ولكن مع احتمال زيادة ملحوظة في الهوس، ما لم يتم إعطاء المريض ليثيوم (إسكاليث، ليثين)، وهو مركب ملحي استخدمه في الأصل الطبيب النفسي الأسترالي "جيه. إف. كيس" عام ١٩٤٩ لعلاج الهوس، ولكن لم يشع استخدامه إلا بعد مضي ٢٠ عاماً. لقد ثبت أن استخدام ليثيوم طريقة فعالة لعلاج الهوس ومنع عودته لدى من يعانون من اضطراب ثنائي القطب. فإذا لم يكن ليثيوم فعالاً لأي سبب، أو لم يستطع الشخص احتماله، يمكن استخدام الأدوية المضادة للتشنجات -مثل كاربامازيبين (تاجريتول)، وحمض الفالبرويك (ديباكين)، وديفالبرويكس صوديوم (ديباكوت)- لتنظيم الحالة المزاجية.

المواقف الذهنية تجاه العلاج

الموقف الذهني لكل من الطبيب والمريض مهم لنجاح العلاج النفسي الدوائي. فكثير من المعالجين لم يتمكنوا من دمج المنهجين -العلاجي النفسي والدوائي- لعلاج الاكتئاب. البعض يؤمن إيماناً راسخاً بأن أصل الاكتئاب نفسي، بينما يؤمن آخرون بأسبابه البيولوجية. وكثيراً ما تمتنع المجموعة الأولى عن إعطاء الأدوية حتى عندما يكون استعمالها ضرورياً، وإذا أوصوا بها في النهاية، فكثيراً ما يبدو أن اهتمامهم بمواصلة العلاج النفسي قد تضاءل. "عندما زرت الطبيب لأول مرة، قرر حضوري جلستين أسبوعياً. وبعد ٣ أشهر، بدأ يعطيني العقاقير. وبعد أسبوع، خفض الجلسات إلى نصف ساعة أسبوعياً دون إبداء أسباب". وكثير من الأطباء النفسيين ذوي التوجه البيولوجي عادة ما يجرون مقابلات قصيرة مع المرضى ويعطونهم الأدوية، ولكنهم يبدون اهتماماً ضئيلاً باستكشاف العوامل النفسية أو البيئية المرتبطة باكتئاب مرضاهم.

إن حقيقة أن عدداً كبيراً من المرضى يستشيرون أخصائيين ليس من حقهم وصف الأدوية -مثل الأخصائيين النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين، ومستشاري الصحة العقلية- تمثل مشكلة خاصة. فقد يحجم هؤلاء الأخصائيون عن توصية المريض باستشارة طبيب نفسي يعالج بالأدوية، خشية أن يتطفل هذا الطبيب على العلاقة العلاجية. والبعض يتجاهل القيمة المحتملة للأدوية بسبب تمسكه بنموذج نفسي معين للعلاج. وما لم توجد بيئة تعاونية خالية من المنافسة بين هؤلاء الأخصائيين والأطباء، فإن كثيراً من المكتئبين الذين يحتاجون للأدوية المضادة للاكتئاب لن يحصلوا عليها إلا إذا وقعت أزمة كبرى.

هل يؤثر اقتناع الطبيب بفائدة الدواء -أو شكه فيها- على نتيجة العلاج بمضادات الاكتئاب؟ لقد ثبت بما لا يدع مجالاً للشك أن الإيحاء يلعب دوراً مهماً في فعالية الأدوية المصممة لتقليل القلق والتوتر. وهناك طبيب نفسي كبير يعمل بمستشفى رائد بالمملكة المتحدة اشتهر بتحقيق نتائج رائعة باستخدام مجموعة متنوعة من الأدوية. فعندما كان يستفسر من المريض بنبرة صارمة تماماً قائلاً: "إنك تتحسن، أليس كذلك؟"، عادة ما يجد المريض نفسه يرد بقوله: "نعم يا سيدي، مادمت تقول هذا!".

تأخر الآثار التي تحدثها مضادات الاكتئاب، والطبيعة العنيدة للاكتئاب المزمن، والدراسات مزدوجة التعمية على هذه المركبات، تدحض بقوة وجود أي تأثير كبير لأثر العلاج الوهمي . ولكن مواقف الأطباء يمكنها أن تؤثر -وتؤثر بالفعل- على نظرة مرضاهم للدواء واستعمالهم له. فإذا كانوا متشككين ويعتبرون العقار غير مهم نسبياً، فإن المرضى ربما يستجيبون لهذه الرسالة بتفويت الجرعات، أو وقف الدواء قبل أن يتاح له وقت كافٍ ليؤتي مفعوله، أو إنكار وجود علاقة بين تحسن حالتهم وبين الدواء، وهذا بالطبع سوف يرضي غرور المعالجين النفسيين لأنهم يستطيعون الاستمرار في اعتقادهم بأن جهود العلاج النفسي التي بذلوها هي السبب الوحيد في التحسن.

كذلك يمكن أن يخطئ الأطباء بإعطاء وعود أكثر مما ينبغي، وبالتالي ينشطون السلبية الفضولية لدى كثير من المكتئبين. فرغم مجيء المكتئبين طلباً للمساعدة، فإن شيئاً بداخلهم يريد الاحتفاظ بحالتهم الاكتئابية؛ السيطرة على الآخرين بمساعدة هذه الحالة، والتعاطف الذي أثارته من جانب الآخرين، والغضب الذي ساعدتهم في التعبير عنه ولا يعرفون له متنفساً آخر. فإذا كان المعالجون متحمسين أكثر مما

ينبغي لتخفيف حالة المكتئبين بواسطة الأدوية، فإنهم قد يحركون فيهم هذه المقاومة اللاواعية للشفاء. قال أحد المرضى الذين وُعدوا بالتحسن السريع بواسطة الأدوية: "بعد أن تناولت الحبة الأولى عند النوم، شعرت بأثرها. لم أستطع النوم. وفي اليوم التالي، كنت مرهقاً ولكني واصلت تعاطي الدواء كما أوصى الطبيب. شعرت بضعف في ساقي، وظننت أنني على وشك الانهيار".

وأردف: "اتصلت بالطبيب ثلاث مرات في الليلة التالية. قال لي أن أوقف العقار وأذهب إليه في اليوم التالي للحصول على وصفة أخرى. وفعلت ذلك. أعطاني مضاداً للاكتئاب يفترض أنه ألطف، ولكن شعرت أنني أسوأ حالاً؛ ففي اليوم التالي لبدء تعاطيه، كدت لا أقوى على مغادرة الفراش. كانت ساقاي ترتعشان. كانتا ضعيفتين لدرجة أنني توكأت على الأثاث لبلوغ الحمام. اتصلت به مرة أخرى، فطلب مني الحضور في موعد خاص لمناقشة المشكلة".

"وعندما رأيته، أخبرني أن معظم التغيرات التي كنت أشكو منها ليست جزءاً من تأثير العقار، وأدركت خلال المناقشة أنني كنت لا أريد التخلي عن الطريقة الماكرة التي تمكنت بها من التصرف بعدوانية مع زوجتي -دون أن أتيح لها فرصة عادلة للرد- بكوني متعباً ومكتئباً، في البيت، وفي الأمسيات، والعطلات الأسبوعية. فإذا نجح العلاج حقاً، كنت سأفقد هذا المتنفس وأضطر إلى تعلم طريقة أخرى للتعامل مع الغضب الذي كانت تثيره بداخلي".

كثير من المرضى يقاومون تعاطي دواء معين لتحسين مزاجهم، لأنهم يخشون الاعتماد عليه. وهناك آخرون يشعرون أنهم لو تعاطوا دواء بعينه، فسيكون التغير الذي يطرأ على مزاجهم زائفاً، وأن أي تحسن يحدث لهم لن يكون "حقيقياً". أحد المرضى مثلاً كان يخشى لاشعورياً أن يصير معتمداً على أي شخص أو أي شيء لدرجة أنه كان كثيراً ما يلغي مواعيده مع المعالج في اللحظة الأخيرة بحجة أنه اكتشف فجأة أن عنده التزاماً آخر. وفي حالة أخرى، استغرق الأمر حوالي ٣ أشهر من الانفجارات العاطفية الغاضبة المليئة بالبكاء قبل أن تقبل في النهاية امرأة في الرابعة والعشرين من عمرها فكرة أن توصية طبيبها بدواء مضاد للاكتئاب لم تكن صورة من صور الرفض الشخصي. كما أن شخصاً آخر ذكر أنه منذ بدأ تعاطي مضادات الاكتئاب وزوجته تعبر عن خوفها من أن تكون عواطفه زائفة، حيث كانت تتساءل: "هل كنت ستظل تحبني لو لم تكن تتعاطى زولوفت؟".

لأي فترة يجب أن يتعاطى الناس مضادات الاكتئاب؟

إلى متى ينبغي أن يستمر الفرد في تناول الدواء المضاد للاكتئاب؟ بعض الأشخاص -خاصة من لم يصابوا باكتئاب سريري أبداً فيما مضى، والذين استمر اكتئابهم لفترات قصيرة نسبياً- ربما يتمكنون من التوقف عن تعاطي الدواء تماماً في غضون ستة أشهر. والأفضل أن يتم هذا بإنقاص الجرعة تدريجياً على مدى عدة أسابيع. وثمة دليل مفيد يمكن اتباعه في هذا الشأن، وهو الاستمرار في تعاطي الدواء المضاد للاكتئاب حتى يتأكد حدوث تحسن في الظروف الحياتية للمريض، كأن يبدأ حياته من جديد بعد تجربة طلاق، أو يحصل على وظيفة جديدة بعد فصله من العمل.

المرضى الذين ظلوا يعانون من اكتئاب مزمن لسنوات، أو من لديهم تاريخ من الفترات الاكتئابية المتكررة ربما ينبغي عليهم مواصلة تعاطي الدواء المضاد للاكتئاب لعام أو عامين؛ فعودة الاكتئاب بعد التوقف عن تعاطي الدواء ليست أمراً نادراً، خاصة مع عدم تغير صراعات الناس ومشكلات حياتهم. ربما كان السبب أن النقص النفسي الأساسي المتسبب في غياب المرونة البيولوجية ظل على حاله. ومع وجود مسببات ضغط جديدة، ربما يعود الاكتئاب ويتسم بشدة وعناد يتطلبان علاجاً بمضادات الاكتئاب مرة أخرى. لذا، من الأفضل لبعض المرضى أن يستمروا في تعاطي الأدوية مدى الحياة، أو على الأقل، يكونوا على استعداد للبدء من جديد في تعاطيها عندما تزداد الضغوط وتعود المشاعر الاكتئابية للظهور.

اقتراحات لمن يتلقون علاجاً من الاكتئاب

هناك عدة أمور يجب أن يضعها أي شخص يتلقى علاجاً من الاكتئاب السريري في اعتباره:

١. إذا كنت تتلقى علاجاً على يد معالج ليس بطبيب، *فاحرص على تقييم موقفه من مضادات الاكتئاب*. من المهم بالنسبة لك أن تكون على يقين من أن معالجك ذو عقل متفتح حيال هذا الخيار العلاجي محتمل النجاح، ومستعد لإحالتك إلى أخصائي يمكنه أن يصف لك الأدوية متى لزم الأمر.

٢. عدد كبير من الناس يستطيعون تحمل فترات الاكتئاب والشفاء منه دون أدوية؛ والبعض يظهرون مرونة كافية لتجاوز الاكتئاب بأنفسهم دون مساعدة من أحد، بينما آخرون قد يحتاجون لعلاج نفسي لتجاوزه. *ولكن من المهم أن تكون مستعداً للتفكير في استخدام الأدوية كخيار*؛ فالتفكير فيها باعتبارها وسائل لاستعادة المرونة سوف ينقذك من الوقوع في فخ الاعتقاد بأنها تحدث "سعادة زائفة"، أو أن تعتبر -بطريقة ما أو بأخرى- أن التحسن بدونها أكثر شجاعة أو ذكاء.

٣. إذا كنت تتعاطى دواءً مضاداً للاكتئاب، فلابد أن تخضع لإشراف طبي طيلة فترة تعاطيك له. *لا توقف استعمال الدواء من تلقاء نفسك*. التوقف عن تعاطي مضادات الاكتئاب يجب أن يكون قراراً مشتركاً بينك وبين الطبيب. ولكي تمنع عودة الاكتئاب بحدة، من المهم أن يتم تقليص الجرعة تدريجياً، وتجنب التوقف المفاجئ.

٤. إذا كنت تستشير طبيباً نفسياً أو طبيباً بشرياً يريد معالجتك بمضاد للاكتئاب، فتعرف *على موقفه من أساليب العلاج الأخرى*. أنت تريد أخصائياً مستعداً للنظر في استخدام العلاج النفسي والاستراتيجيات الأخرى، مثل العلاج الزوجي، أو العلاج العائلي، التي يمكنك استخدامها لتعديل الصراعات الداخلية والنفسية الاجتماعية التي ربما كانت تسهم في حالتك. العلاج بالعقاقير وحدها غير كافٍ بالنسبة لمعظم الناس.

أحدثت مضادات الاكتئاب ثورة في علاج الاكتئاب، وأبرزت أهمية دور العوامل البيولوجية في تعظيم شدة وعناد الأمزجة الاكتئابية. كما سهلت كثيراً على الناس الشفاء من الاكتئاب وآثاره التي ربما كانت مدمرة، وكذلك أتاحت لهم أيضاً تطوير المرونة الداخلية، وحل المشكلات الشخصية، وتحسين حياتهم بمساعدة العلاج النفسي، أو بأنفسهم دون مساعدة.

الفصل ٨

❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖•••❖

الجنس كمقياس للاكتئاب

هناك صلة وثيقة بين النشاط الجنسي وتقدير الذات. ففي الثقافة الغربية، بما تحتويه من مجلات مثل "بلاي بوي" وعيادات العلاج الجنسي، صارت الجاذبية الجسدية والقدرة على الأداء في الفراش قضيتين خطيرتين تتعلقان بالأنا.

في النصف الأول من القرن العشرين، كان الزواج هو محور العلاقة بين الذكر والأنثى في الولايات المتحدة، وكان تركيز الزواج منصباً على سلامة العائلة اجتماعياً واقتصادياً. وكانت تربية الأطفال قضية ذات أهمية رئيسية. ولم يكن التوافق بين الأشخاص ذا أهمية واضحة، وكان لكل من الزوج والزوجة أدواره الخاصة التي يلعبها مهما كانت نظرته لجودة الزواج نفسه.

وفي الأربعين عاماً الأخيرة، حدث تحول شديد في التركيز نحو أهمية الطبيعة الحميمية والشخصية للعلاقة بين الرجل والمرأة. صار الرجال والنساء على حد سواء يركزون أكثر على قدرتهم على التواصل، والدخول في التزام قوامه الثقة والمشاركة، والحفاظ على الاهتمام الرومانسي والجنسي على مدار سنوات. وأصبحت عبارة: "لن أتزوج شخصاً لا يثيرني" هي غالباً المستخدمة بدلاً من العبارة القديمة: "لن أتزوج شخصاً لا يمكنني الاعتماد عليه".

تنشأ الحاجة المتنامية للحميمية والإشباع الجنسي في العلاقات الإنسانية السوية -جزئياً- من رفض الثقافة التي تعطي الأدوار التي يلعبها الناس الأولوية على أهمية كون هؤلاء الناس على طبيعتهم. كما أنها تعكس تشرزم العائلة في ظل عيش كل واحد من الأبوين، والأجداد، والمراهقين في عالمه المنفصل. ورغم التكدس السكاني، فإن الشعور بالوحدة سائد. الفرد العادي يشعر بالعزلة والغربة، وهذه المشاعر تعزز صعوبة الحميمية والحاجة إليها. زوجان شابان يقفان بلا ملابس في غرفة النوم يجب أن يواجه أحدهما الآخر من منظور مباشر وبلا خداع -جنسياً وعاطفياً- دون أدوار، ودون أقنعة اجتماعية، ودون توجه إلى الماضي والمستقبل.

تزداد صعوبة هذه اللحظة بسبب التوجه الراسخ الذي تعززه الثقافة الغربية نحو إبطال السمة الشخصية. قال الناطق باسم إحدى الشركات ذات مرة: "إننا نحاول أن نجعل موظفينا يشعرون بأنهم بشر". وإذا نجحت شركته في هذا، فلابد من إفشاء هذا السر فوراً لملايين البشر الذين جعلتهم أجهزة الكمبيوتر يشعرون وكأنهم أشياء. يستخدم التحليل التفاعلى مصطلح "التَشْييء" لوصف عملية النظر إلى الناس كما لو كانوا أشياء. ويصف علماء الاجتماع بذكاء شديد المجتمع كمجتمع تسويق، وسواء كان المرء مشاركاً في اجتماع تخطيطي في شركة كبرى للإعلانات، أو في مؤتمر علمي، فإنه من المزعج كثيراً أن نسمع الحديث عن الناس وتداولهم إحصائياً كما لو كانوا أشياء للبيع أو الإيجار. يبدأ الفرد في الشعور كما لو كان شيئاً؛ "شيئاً حياً، ولكنه لم يعد شخصاً"، كما كتب "تي. إس. إليوت" في The Cocktail Party.

أثناء عملية إبطال السمة الشخصية، خضع الجنس أيضاً لـ "التشييء". ونظراً للعلاقة الوثيقة بين الجنس وتقدير الذات، حفزت ظاهرة "الجنس اللاشخصي" انتشار الاكتئاب. وبات الشعور بالوحشة والعزلة طريقتين شائعتين للإحساس بالاكتئاب. وفي الوقت نفسه، يلجأ كثير من المكتئبين والمنعزلين إلى الجنس كوسيلة لتخفيف شعورهم الداخلي بالخواء.

ورغم أن الثقافة الغربية الحالية تضفي قيمة هائلة على الإشباع الجنسي، فإن الغرض الأساسي الخفي من التجارب الجنسية كثيراً ما لا يكون جنسياً على الإطلاق.

فخلال فترة تدني تقدير الذات، قد تؤدي الانتصارات الجنسية أو اكتشاف المرء أنه مرغوب جنسياً إلى تخفيف اكتئابه مؤقتاً، ولكن عادة ما يعود الاكتئاب بحدة بعدئذ عندما تزول هذه الطمأنينة الزائفة. وفي ظل مثل هذه الظروف، لا يمكن أن يكون هناك تعزيز حقيقي للأنا.

أكد "إريك إريكسون" في كتابه Childhood and Society على أهمية الشعور بالإثارة والإشباع الجنسيين في إطار علاقة تشتمل أيضاً على الحب، والثقة المتبادلة، ومشاركة الهموم اليومية وأنشطة الحياة. كما حدد الوجوديّ "مارتن بوبر" علاقة "أنا–أنت" كأساس للحميمية الحقيقية. فالقرب العاطفي وأي تجربة جنسية مشبعة يتطلبان حرية الدخول في علاقة "نحن" يصير فيها الأنا والأنت واحداً. وتتمثل ذروة هذه التجربة -عاطفيا وبدنياً- في لحظة النشوة التي تسمح للفرد أن يتخلى -لبضع لحظات- عن حدود الذات المعتادة و"يذوب" في رابطة مشتركة مع المحبوب. ولا يتعين أن تتسم كل تجربة جنسية بهذه الصفة الفريدة، ولكنها تظهر من حين لآخر في اللقاءات الجنسية بين شخصين يحب أحدهما الآخر ويرغبه.

ولكي يسمح المرء لنفسه بالمشاركة في مثل هذا الاتحاد، هناك مقومان ضروريان: أولاً، يجب أن تكون الشخصية الفردية سليمة بدرجة كافية لأن تحرر نفسها وتستعيدها فور انتهاء التجربة. فإذا كان مثل هذا التخلي المؤقت عن حدود الأنا ينطوي على تهديد أكثر مما ينبغي للشخص، فإن الخوف الناتج سوف يعوق قدرته على المشاركة الكاملة في التجربة الجنسية.

المقوم الثاني المهم هو الثقة، بمعنى الاعتقاد بأن الشخص الذي يتم تشارك اللحظة الجنسية معه قادر أيضاً ومستعد للتخلي عن "الأنا" في سبيل "نحن". ولا تتواجد هذه الثقة بين عشية وضحاها. فتجربة جنسية من هذا النوع هي نتاج ساعات وشهور من تشارك أشياء كثيرة غير الجنس، وإعداد الساحة لعلاقة تتكامل فيها الحميمية والجنس معاً.

ليست جميع اللقاءات الجنسية تتطلب مثل هذا الاندماج بين الشخصيات، ولكن عندما يصبح "اللقاء الجنسي السريع" هو المتنفس الرئيسي للرغبات الجنسية للمرء، لا يتم التعزيز الحتمي لتقدير الذات الناشئ عن اكتمال التجربة، ويحدث

بدلاً منه تضاؤل بطيء وتدريجي لتقدير الذات، رغم إمكانية إنكار ذلك. والتناغم الجنسي لا يكمن في الأسلوب الجميل، وإنما يكمن في مشاركة كل من الشريكين جسده وروحه مع الآخر بكل سخاء.

ولا يكون هذا المفهوم الخاص بدمج العناصر الشخصية للعلاقة مع العناصر الجنسية مهماً بنفس قدر أهميته عندما يتعلق الأمر بعلاقة من المتوقع أن تستمر لفترة زمنية طويلة. فالانجذاب الشهواني والاهتمام الجنسي سرعان ما تخبو جذوتهما إن لم يكونا مدعومين بالحب. والاهتمام، والاعتماد المتبادل، وانفتاح التواصل بين الزوجين المحبين هي التي تبقي على حيوية واستمرار العنصر الجنسي الشهواني لسنوات.

التقدير المتدني للذات يجعل من الصعب إيجاد مثل تلك العلاقة التي يتحدث عنها إريكسون وبوبر. وفي الواقع، عندما تستخدم اللقاءات الجنسية لمقاومة الاكتئاب غير المشخص، فإن إحساس المرء بتقديره لذاته يتعرض لمزيد من الخطر.

جين كونواي البالغة من العمر ٢٩ سنة مثال مدهش لامرأة شابة ازداد اكتئابها أكثر وأكثر وهي تسعى للحصول من خلال العلاقات الجنسية على ما لا يمكن الحصول عليه إلا من خلال إعادة نظر جادة في قيمتها كإنسانة. كانت دائماً ما تشعر بأنها غير جذابة -وهو ما لم يكن صحيحاً- وأنها لا تحظى باهتمام وإعجاب الفتية في المدرسة، وكان هذا صحيحاً، لأنها كانت تعرب بوضوح عن خوفها منهم وازدرائها لهم.

رحلت جين عن البيت وهي في سن ١٩ عاماً متوجهة إلى بوسطن حيث أنهت دراستها الجامعية، ثم حصلت على وظيفة كمبرمجة كمبيوتر. كانت في المعتاد مرحة ومنبسطة مادامت على علاقة بأحد الرجال. أما عندما تكون بلا صديق دائم، كانت تغلب عليها الكآبة والوحدة والتعاسة والقلق. كانت لها علاقات كثيرة عابرة، ولكن أياً من تجاربها الجنسية المنتظمة أو تلك العلاقات العابرة لم تصل بها إلى النشوة الجنسية. لم تكن جين -مادامت تستطيع أن تثبت لنفسها مرة بعد مرة أنها جذابة للرجال- تضطر إلى مواجهة الخوف المؤلم من عجزها عن إقامة علاقة حب طويلة الأمد تنتهي بالزواج من رجل تحبه؛ لأنها كانت في الأساس تشعر أنها ليست جديرة بعلاقة كهذه.

وبعد ذلك، وعلى مدار سنوات عديدة، كانت لها علاقة برجل يكبرها سناً كانت تعمل لديه. كانت تعلم أنها لا تحبه ولكنها كانت تشعر بالأمان نتيجة ولعه المستمر بها. ولكنها بدأت تمل تدريجياً من العلاقة، وأحياناً كانت تشعر تجاهه بازدراء حقيقي. وعندما أصر على الزواج، أنهت العلاقة بينهما.

وبعد ذلك بعام، أقامت علاقة مع رجل غريب الأطوار عاطفياً كان يظهر ازدواجية كبيرة في موقفه من النساء. وكلما حيّرها أكثر بمثل قوله: "أحبك، ولكنك لست المرأة التي أريد أن أقضي معها بقية حياتي"، شعرت باحتياجها إليه أكثر. ومرة أخرى، لم تسفر تجاربها الجنسية عن بلوغ لحظة النشوة.

لم تشعر جين في أي لحظة أنها تعاني من اكتئاب مزمن. كانت ترى تقلباتها المزاجية كلها على أنها استجابات لظروف حياتها. ولم يخطر ببالها أنها قد تستفيد من استشارة أخصائي حتى زارت طبيبها بسبب متاعب معوية متكررة، فاقترح عليها أن تستشير طبيباً نفسياً.

وعلى مدار عدة شهور من العلاج، استوعبت جين بسرعة الأفكار الثاقبة التالية: لقد مضت عليها سنوات وهي تصارع اكتئاباً مزمناً وتقديراً متدنياً لذاتها. كانت لديها رؤية مشوشة جداً لنفسها وقيمتها. كان أبوها دائماً رجلاً منطوياً على نفسه لا يتسم بالحنان والرقة ويخصص قدراً ضئيلاً من حياته لأسرته. عندما كبرت جين، سعت باستماتة لأن تجد في علاقاتها مع الرجال ما لم تجده في علاقتها مع أبيها. وبينما هي تمضي من علاقة إلى أخرى بحثاً عن "الرجل المثالي" شاعرة بالخواء والخوف عند عدم وجود رجل في حياتها، كانت تستخدم الجنس وعلاقاتها بالرجال كوسيلة مؤقتة لتخفيف تدني تقديرها لذاتها.

بطريقة ما، أصبحت جين مدمنة، وكان الحل الأساسي لمشكلتها هو التوقف عن إقامة علاقات جنسية غير مشروعة كوسيلة لاستعادة تقدير الذات، وإعادة اكتشاف نفسها كإنسانة أكثر اكتمالاً، بتفردها الشخصي، واكتساب طرف "الأنا" في معادلة بوبر "أنا-أنت".

الرغبة الجنسية والاكتئاب

فقد الرغبة الجنسية من أشهر علامات الاكتئاب. وعندما لا تكون هذه الصلة بين الجنس والحالة المزاجية مدركة، يخشى معظم الناس أن يكون شيء خطير قد أصاب قدرتهم الجنسية. فمثلاً، يفترض كثير من الرجال والنساء في الأربعينات من العمر، على نحو خاطئ، أن فقد الاهتمام الجنسي هو نتيجة نوع من التغير البيولوجي المرتبط بالتقدم في السن. كما يمكن إساءة تفسير اللامبالاة الجنسية التي يتسم بها المكتئبون من قبل شركائهم في العلاقة الجنسية على أنها فقد للحب والانجذاب الجنسي. أحياناً تكون هذه هي الحقيقة؛ وغالباً لا تكون كذلك. وهناك أسباب كثيرة تجعل المكتئبين يفقدون اهتمامهم بالنشاط الجنسي. وعن طريق جعلهم يشعرون بالهياج، والتشاؤم، والقلق، فإن هذا المزاج الاكتئابي نفسه يحول انتباههم بعيداً عن الرغبة الجنسية. وتتحد حساسيتهم تجاه الرفض، وسهولة شعورهم بالذنب، والصعوبة التي قد تواجههم لإطلاق مشاعر الغضب، والصراعات الجنسية ذاتها معاً للتشويش على الرغبات الجنسية.

ولكن ليس كل المكتئبين يفقدون رغبتهم الجنسية. في الحقيقة هناك أمثلة يرتبط فيها الاكتئاب بازدياد الطاقة الجنسية، وهي الحالة التي يشار إليها باسم "الاضطراب الجنسي". والاضطراب الجنسي هو إثارة مباشرة للدوافع الجنسية. وهذا يختلف تماماً عن محاولة جين كونواي -التي لا تعتمد على الرغبة الجنسية في الأساس- لاكتساب تقدير الذات وتجنب الاكتئاب من خلال اللقاءات الجنسية. وقد يحدث الاضطراب الجنسي بسبب تغيرات هرمونية، ولكنه ربما يكون أيضاً نتيجة القلق والتوتر اللذين يحدثان استجابة للاكتئاب؛ حيث إنه من الشائع أن يؤدي القلق لزيادة الدوافع الجنسية.

لاحظت امرأة شابة مكتئبة إلى حد ما هياج رغبتها الجنسية بسبب خوفها وقلقها كلما شعرت أنها تحت ضغط زائد أثناء الاستعداد والتحضير لامتحانات الكلية. كما لاحظ رجل عمره ٥٣ عاماً زيادة مفاجئة في مرات الانتصاب لديه ورؤيته لسلسلة من الأحلام المثيرة جنسياً كان كثير منها يؤدي إلى قذف عفوي. أزعجه هذا بشدة حتى

تمكن، بمساعدة طبيبه، من ربط الأمر بهبوط في حالته المزاجية تطور على مدى عدة شهور. كان الرجل قلقاً بشأن فقد طاقته وجاذبيته، كما صدمته مواقف ابنته المتحررة تجاه الجنس والمجادلات الغاضبة التي دارت بينهما حول نظمهما القيمية المختلفة. ومع زوال شعوره بالاكتئاب، انحسرت الزيادات المفاجئة في رغبته الجنسية.

كثير من النساء اللائي انتابهن الاكتئاب بعد الطلاق، وحتى بعد الترمل، لاحظن هياج رغباتهن الجنسية على نحو بدا لهن غير متسق مع طبائعهن. وما لم تكن هذه المشاعر الجنسية مرتبطة بتقلب هوسي خفيف في المزاج -بعض الناس يشعرون بشيء من البهجة أثناء إنكار الاكتئاب- فإنها كثيراً ما تكون مزعجة وغير مريحة بدلاً من كونها ممتعة.

ولكن الاكتئاب يرتبط، بشكل عام، بفقد الاهتمام الجنسي. في حالات معينة، يعكس هذا الفقد عداءً لاشعورياً يتم التعبير عنه من خلال الاكتئاب. ونظراً لأن الأشخاص المعرضين للإصابة بالاكتئاب أو المصابين بحالات من الاكتئاب المزمن يميلون إلى الانسحاب عند الغضب بدلاً من التعامل مع الموقف المزعج مباشرة، فإن تحول الاهتمام الجنسي يمكن أن يكون قناة شديدة الفعالية للتعبير عن العداء. قالت الزوجة: "ما لا يدركه زوجي أنه يستفزني بملاحظاته الساخرة وانتقاداته. أشعر أنه دائماً ينتقص من قدري، وهذا يؤلمني. أكره هذا الوضع. أفترض أنه من الأفضل أن أنفجر غاضبة ولكني أرفض أن أحقق له هذا الإشباع. بالإضافة إلى ذلك، حتى إذا فعلت، فإنني لا أعرف إن كان سيفهم الفكرة أم لا.... والنتيجة أنني لا أريد ممارسة الجماع معه. أظن أنها مسألة كبرياء، أو أكثر من ذلك. فكيف يمكنني أن أمارس الجماع معه بينما أشعر أنني إما متعبة ومنهكة في وجوده، وإما مجروحة بسبب ملاحظاته؟".

الرفض والاكتئاب

حيث إن الأشخاص الأقل عرضة للاكتئاب عادة ما يكونون قد استثمروا قدراً كبيراً من المشاعر فيمن يحبون وقدراً كبيراً من الاعتماد عليه، فإن الرفض هو أحد الدوافع الرئيسية لتنشيط أو تقوية مشاعر الاكتئاب. ينطبق هذا على كل العلاقات.

عندما يكون الرفض خفياً، وخبيثاً، قد يعيش الفرد في حالة من الاكتئاب المزمن لسنوات حتى تنهي حالة حادة من اليأس والجيشان هذا النمط الضار. كان جيم سميث يبلغ من العمر ٣٥ عاماً عندما هاجم زوجته نانسي البالغة من العمر ٢٩ سنة وضربها بوحشية. اتصلت نانسي بالشرطة فنقلته سيارة إسعاف إلى وحدة الطب النفسي بالمستشفى المحلي وهو يشعر بالمهانة والذل والحيرة. انهار الزواج بلا أمل. وتحطمت صورة جيم عن نفسه باعتباره شخصاً عاقلاً ومتزناً.

خففت أربعة أسابيع من العلاج اهتياجه ولطفت إلى حد ما شعوره باليأس. وبعد خروجه من المستشفى، رتب مع محاميه تفاصيل تسوية الطلاق ورحل عن المدينة ليعيد وضع أقدامه كمحامٍ في مجتمع آخر.

كان جيم قد نشأ في بيت محافظ ينتمي إلى الطبقة المتوسطة في الغرب الأوسط الأمريكي وتخرج بمرتبة الشرف في جامعة الولاية، والتحق بمدرسة ييل للقانون. ورغم كونه شاباً جذاباً واجتماعياً، فإنه كان يشعر بكثير من الخجل مع الفتيات وكانت علاقاته بهن محدودة تماماً. وعندما جدت نانسي، زوجة المستقبل، في السعي وراءه بجرأة، أحس بالإطراء في البداية، ثم بالإثارة الشديدة، ثم في النهاية، وجد نفسه عالقاً في فخ علاقته بها وإحساسه بالالتزام تجاهها. نشأ هذا الالتزام من الحب الحقيقي، وكذلك من إحساسه بالمسئولية عن أول إنسانة ظن أنها تشاركه القرب الجسدي والعاطفي.

ومع الأسف، في سن ٢٢ عاماً، كانت نانسي في غاية السذاجة. كان لديها الكثير من الأصدقاء رغم أن أحداً منهم لم يبدِ اهتماماً خاصاً بها. وكانت تميل إلى اعتبار الرجال بمثابة تحدٍّ. فإذا انجذبوا إليها، كانت سرعان ما تفقد اهتمامها بهم. وإذا بدوا متحفظين معها وغير مهتمين بها، كانت تشعر بضرورة السعي وراءهم وتحقيق انتصارات جديدة.

قبل أن تتزوج من جيم، كان اهتمامها الجنسي والشخصي به قد بدأ يتلاشى. وقبل زواجهما بعدة أيام، واعدت، ومارست الجنس في الواقع، مع واحد من أصدقائها

القدامى، فيما اعتبرته نزوة أخيرة في حياتها المثيرة كعزباء، ووداعاً لسن المرح والصبى. ولما تساءلت في نفسها عن سبب عزمها المضي قدماً في الزواج، كانت إجابتها: "إنه جذاب ومستقر. إنه لقطة، كما أنني أحبه بطريقتي الخاصة، وسأجعل منه زوجاً لطيفاً".

خلال سنوات زواجهما التسع، وقبيل الذروة المأسوية، أنجب الزوجان ولدين. بعد ميلاد الطفل الأول -عقب زواجهما بأقل من عام- صار عدم اهتمام نانسي بالجنس واضحاً لجيم، ولكنهما لم يناقشاه أبداً، وكلما حاول جيم تناول الموضوع، كانت تتمكن من التهرب منه حيث كانت لا تريد جرحه بإخباره أنها لم تعد تريد مزيداً من الاتصال الجنسي به. أحس جيم بالغيرة لبعض الوقت، متسائلاً إن كانت متورطة في علاقة مع شخص آخر، وهو رد فعل شائع من شخص مصاب باكتئاب طفيف ويشعر بالرفض. بالتدريج صار جيم عاجزاً جنسياً، وحينئذ أمكن لنانسي أن تشير إلى حقيقة أن افتقارهما إلى الرغبة الجنسية متبادل.

ورغم تعرض تقدير جيم لذاته للخطر، فإنه زاد بدرجة كبيرة بأن أصبح والداً ولديه زوجة جذابة تضيف إلى رصيده الاجتماعي، وإحرازه تقدماً يستحق الثناء في حياته المهنية كمحامٍ. استطاع أن يتجاهل اليأس الذي كان يشعر به كلما فكر في افتقار زواجه للحميمية الجنسية والعاطفية. كما تمكنت نانسي من تجاهل افتقارهما للحميمية لأنها أولاً لم تشعر أبداً بالحميمية والحب الحقيقي تجاه جيم ولم تنظر إليه أبداً كإنسان، وبالتالي لم يكن ثمة سبيل لتطور افتتانها الأوليّ به إلى علاقة حب.

وبعد تسع سنوات من الزواج، قابلت شخصاً آخر أثارها جنسياً وشكل تحدياً لها. وقد مكنتها هذه العلاقة الغرامية من التحرر من المخاوف التي أحست بها لدى اقتراب يوم ميلادها الأربعين: لقد وقعت "في الحب" من جديد. عندئذ طلبت من زوجها الطلاق.

بعد ٦ أسابيع من الأرق، ومن مناشدته لها أن ترافقه للحصول على مشورة

زوجية، ومن البحث بلا جدوى عن تفسير لما حدث، أفرط جيم في شرب الكحوليات. وبعد أن طرح عن باله فكرة الانتحار التي كان يدرسها جدياً على مدى عدة أيام، حصر زوجته في إحدى الزوايا وطلب منها البقاء معه. وعندما رفضت، ضربها عدة مرات بقبضته، وشعر بمزيد من الغضب والخوف عندما سقطت أرضاً وهي تنزف وتصرخ. فكر للحظة في الإسراع إلى نافذة شقتهما الكائنة في الطابق الثاني عشر والقفز خارجها، ولكنه بدلاً من ذلك التقط الهاتف وطلب الشرطة.

على مدار فترة زواجهما، كانت نانسي مجردة على نحو غريب من الشعور بأي اعتماد عاطفي على جيم. ونتيجة عدم رغبتها فيه جنسياً، وعدم حبها له بأي عمق عاطفي، احتلت مركزاً مسيطراً بشكل فريد في الزواج مما جعل جيم يحس لاشعورياً بالرفض فصار معتمداً عليها بدرجة متزايدة. وعندما أعلنت عزمها على الحصول على الطلاق، بدا له وكأن العالم كله ينهار، فأصيب باكتئاب حاد، وربما كان قد انتحر بالفعل لو لم يطلق شعوره بالألم والغضب منها على نحو مفاجئ.

تؤكد النظريات النفسية أن حساسية المكتئبين تجاه فقد الحب ترجع إلى الطريقة التي يحبون بها. فتحديداً، هم يميلون إلى المبالغة في الالتزام العاطفي، والاتكال على من يحبون، وفقد جزء أكثر مما ينبغي من هوياتهم في العلاقات. فإذا أصبح هؤلاء الأفراد ملتزمين تجاه أفراد تكون قدرتهم على العطاء، أو رغبتهم فيه، أقل بكثير -كما هي الحال غالباً للأسف- يحدث خلل خطير. وما لم يفهم كلا الشريكين ويقبلا الاختلاف في طريقة الحب، فإن الشخص الأكثر التزاماً ربما يشعر كثيراً بالرفض ويبحث بحثاً مسعوراً عن دليل على الحب فيزداد قلقه حدة بشأن احتمال انتهاء العلاقة. كتب (توماس مان) في Tonio Kreuger يقول: "من يحب أكثر هو تابع وضيع، ولابد أن يعاني...".

الشعور بالذنب الجنسي

رابط مهم آخر بين النشاط الجنسي والاكتئاب هو الشعور بالذنب الذي ينشط عندما تتسبب التجارب الجنسية في فقد الاستقامة الشخصية. على مر القرون،

اتحدت القيم الثقافية، والتعاليم الأخلاقية، والصراعات، والسمات الشخصية لدى كثير من الآباء لغرس مستوى عالٍ من الشعور بالذنب تجاه أنواع كثيرة من السلوكيات الجنسية. ولكن في النصف الثاني من القرن العشرين، أعاد كثير من الناس النظر بصورة شاملة في قيمهم الجنسية، فيما يتعلق بكثير من صور النشاط التي تتراوح بين الاستمناء، إلى الخيانة الزوجية، إلى الشذوذ الجنسي. ربما كان بعض الناس مسرورين بهذه التغيرات، وربما كان آخرون حانقين عليها، ولكن معظم الناس يجدونها مربكة ومزعجة.

رغم أن اتخاذ موقف صريح وأمين تجاه الجنس أمر قد تأخر كثيراً، فإن نشأة بيئة أكثر تساهلاً وانحلالاً قد حجبت للأسف الشعور الصحي بالذنب الذي ينبغي أن يرافق الأنشطة الجنسية التي يحتمل أن تعرض احترام المرء لذاته للخطر. هذا النوع من الشعور بالذنب هو في الواقع وسيلة وقائية تساعد الناس على تجنب الاتصالات الجنسية التي ربما تنتقص من احترامهم لذواتهم وتؤدي إلى الاكتئاب. وبدون هذه الوقاية، فإن كثيراً من الناس يكونون أكثر عرضة -في ظل وجود الكثير جداً من الفرص الجنسية- للانخراط في سلوك قد يكون غير لائق، أو غير ناضج، أو مخزياً أحياناً. فأثناء عملية التخلص من العقبات والقيود غير المرغوبة التي جعلت الجنس شيئاً "قذراً"، فقد كثير من الناس أيضاً قدرتهم على الاعتراف بالشعور الصحي بالذنب الجنسي والتعامل معه. وقد صار كبت الشعور بالذنب الجنسي ظاهرة شائعة في المجتمعات الغربية، حيث تبدو الخيانة الزوجية أمراً عادياً، بل وأيدها البعض كوسيلة لتخفيف آثار الزواج الذي لا يرضي الزوجين.

يثير هذا الموقف مشكلة خاصة للمراهقين في العالم الغربي. فضغط النظراء يجبر المزيد والمزيد منهم على الانخراط في الأنشطة الجنسية قبل وقت طويل من كونهم مستعدين عاطفياً للجنس. فالمراهقون لديهم كثير من المهام التي ينبغي إنجازها، منها اكتشاف هوياتهم الحقيقية، لتعيين حدود شخصياتهم. وهم بطبيعتهم خجولين بعض الشيء، والجنس بالنسبة لهم لغز غامض، وعادة ما يكون تجربة يتم استكشافها تدريجياً وتجريبياً بحيث تصبح مندمجة في النهاية في الشخصية بأكملها.

تكمن جذور الاكتئاب في كيفية نظر المرء لنفسه. وأمور الحب والجنس هي أكثر المواطن التي يحتمل أن تتأثر بها الحالة المزاجية. فالعلاقة الجنسية المشبعة تقوي بدرجة هائلة إحساس المرء بكونه صحيحاً ومرغوباً، إذا حدثت في إطار من الشرعية، والاحترام، والثقة، والحنان المتبادل.

الفصل ٩

الغضب والعدوان

الجانب الصحي للعدوان

كلمة "عدوان" في اللغة الإنجليزية aggression تعني في الأصل "التحرك نحو"، وهي كلمة بسيطة من أصل لاتيني تعني ضمناً الطاقة والاتجاه، ولكنها اكتسبت معاني أخلاقية وعاطفية إضافية هائلة، خاصة في السنوات الأخيرة. كثير من الناس في الغرب يعتقدون أنها فضيلة، ويفسرونها على أنها تعني الدافع والقوة اللازمين للأداء الجيد، بينما يعتبرها آخرون مصطلحاً ازدرائياً يربطونه بالدمار، والحرب، والعنف، والاستغلال.

المدركات الأخلاقية التي أثرت على الثقافة الغربية، مثل "الحلم"، و"التسامح"، و"القناعة"، غرست في الثقافة قدراً معيناً من الشعور بالذنب حيال القيام بتصرفات وأفعال حاسمة لتحقيق الأهداف المرجوة.

وفي المجتمع الغربي المعاصر، صار العدوان مرادفاً لغزو أرض الآخرين، سواء عسكرياً كما حدث في فيتنام وأفغانستان، أو مالياً كما يحدث عند غزو منطقة المبيعات الخاصة بشركة أخرى، أو شخصياً كما في استغلال إنسان لإنسان آخر.

ونعت شخص ما بأنه "عدواني" في أيامنا هذه يُقصد به غالباً استخدام الكلمة كنعت ازدرائي يعني ضمناً أنه أناني، وجشع، وخطير أحياناً. ورغم حقيقة أن سعي المرء وراء أهدافه قد يكون له أثر ضار على شخص آخر، فإن المسألة هي كيف وفي أي سياق يتم توجيه وتنظيم العدوان.

في الواقع، يمكن اعتبار العدوانية سمة شخصية صحية وأخلاقية للغاية عند توجيهها نحو الأهداف المشروعة، وعند إحداث توازن ملائم بين حقوق الفرد وحقوق الآخرين. فمثلاً، التحرك في التعليم نحو نظام يسمح لمختلف التلاميذ داخل الفصل بالتقدم في الدراسة بمعدلات مختلفة في سرعة التعلم بناءً على قدراتهم الذاتية هي خطوة نحو إطلاق نوع صحي من العدوان. ففي السابق، كان الطلاب الأكثر براعة يعاقبون ويعاقون من أجل الجماعة، في حين أن الطلاب بطيئي التعلم كانوا يدركون تأخرهم بشكل مؤلم كلما قارنوا درجاتهم بدرجات زملائهم. كما أن جهود المجموعات الأكثر تقدمية في الشركات للتوسع -ليس من خلال الاندماج، أو الاستحواذ، أو إنشاء أقسام جديدة، ولكن من خلال إنشاء شركات صغيرة جديدة مبدعة يمتلك مدراؤها صلاحية التصرف ودرجة أكبر من الاستقلالية- هي مثال على إطلاق ذلك النوع من العدوان البنّاء.

ترتبط قدرة أي فرد على أن يكون عدوانياً بشكل بنّاء ارتباطاً وثيقاً بحالته المزاجية، وحالته العاطفية، وشخصيته. وتفترض نظرية الشبق الجنسي التي وضعها "فرويد" أن كل إنسان يمتلك قدراً معيناً من الطاقة الحيوية المستمدة من مصادر عضوية ووراثية. ومدى كون تلك الطاقة متاحة للاستفادة منها قد يكون محدوداً بفعل عوامل كثيرة. وحتى عندما تتوافر الفرص البيئية لكي يكون المرء عدوانياً -عند تقدير المبادرة والإبداع لا كبحهما- يبدو أن معظم الناس لديهم عائق داخلي يقيد حريتهم في أن يكونوا عدوانيين بشكل إيجابي.

قال رجل أعمال متمرس: "من الصعب جداً العثور على المبدعين. ومن الأصعب العثور على أشخاص يعتمد عليهم. أما الأشخاص أصحاب الطاقة والقوة الذين يواصلون العمل حتى يتأكدوا من إنجاز المهمة، فهم ندرة في الحقيقة. إن مجتمعنا لا يبدو أنه ينجب أشخاصاً محفَّزين ذاتياً، وعندما تظهر مبادرة ما، يسارع الجميع إلى إخمادها".

نظراً لأن معظم الرجال والنساء لديهم درجة ما من كبح التدفق الخارجي الحر للطاقة، فإنهم كثيراً ما تخيفهم مظاهر المبادرة لدى الآخرين، وربما يحسدون ويتنافسون مع من يتسمون بعدوانية إيجابية غير مكبوحة. وفي مقابل كل شخص يستمتع بإنجازات الآخرين، هناك أشخاص أكثر بكثير يحسدون، ويبغضون، وينتقدون هذه الإنجازات للتعويض عن افتقارهم للعدوانية الإيجابية.

ونظراً للحاجة الطبيعية للقبول، فهناك عدد كبير من الأفراد اللامعين والقادرين الذين يحجمون عن إظهار العدوانية الإيجابية البناءة التي يمكن أن تعرضهم لخطر الرفض الاجتماعي. وكل منا يتذكر الضغوط التي تعرض لها في المدرسة لتقليل الأداء الدراسي وإنكار أي متعة في عملية التعلم لتجنب السخرية والنبذ من الزملاء. فضغط النظراء يفرض تواضع الأداء، على خلاف ما ينبغي.

وبالإضافة إلى التأثيرات البيئية، تعتمد قدرة الفرد على أن يكون عدوانياً بشكل بنّاء على مقومات داخل شخصيته. وأحد أهم هذه المقومات هي الحرية التي يتعامل بها مع الغضب. والعدوانية والغضب ليسا سواء، ولكن قدرة المرء على أن يكون عدوانياً بشكل بناء ترتبط ارتباطاً وثيقاً بنجاحه في التعامل مع أي انفعالات غاضبة.

الغضب والاكتئاب

الفرد المكتئب عادة ما لا يكون قادراً على الإحساس بالغضب الطبيعي والتعبير عنه. وبدلاً من ذلك -ووفقاً للنظرية النفسية- يتم توجيه الغضب "إلى الداخل ضد الذات". غالباً ما يتواجد الغضب من حولنا متنكراً في صورة توتر، أو اهتياج، أو ألم معوي، أو خوف؛ أي شيء بخلاف ماهيته الحقيقية. وقد وصف عالم النفس "والتر بي. كانون" ما أسماه "استجابة القتال أو الفرار": فعندما يواجه الإنسان خطر، فإنه يستجيب إما بالغضب -الدفاع عن النفس أو الهجوم- وإما بالخوف، والفرار، إذا أمكن. بالنسبة للمكتئب، الخوف و/أو الفرار هو الوسيلة المعتادة للاستجابة للضغوط، حتى عندما يكون الغضب هو الاستجابة الأكثر ملاءمة في الحالة المزاجية الطبيعية.

هناك عدد من الأسباب التي تجعل المصابين باكتئاب مزمن أو المعرضين للإصابة بالاكتئاب يجدون صعوبة كبيرة في التعامل مع الغضب. وربما كان الشيء

الأكثر أهمية هو حقيقة أن طريقة تعامل الناس مع الانفعالات نمط متعلَّم ينتقل من جيل إلى جيل في الأسر والثقافات. على سبيل المثال، إذا كان التعبير عن الغضب المشروع أمراً لا يُحتمل داخل البيت، وإذا أحبط أي مظهر من مظاهر الاستقلال أو الجزم، فسيتم كبت العواطف. سيتم حجب المشاعر، وخنق التواصل.

من الحالات التي ينطبق عليها هذا حالة امرأة بالغة من العمر ٥١ عاماً بدأ ينتابها الأرق ونوبات من القلق بينما كان شكها ينمو تجاه علاقتها بزوجها الذي لم يظهر -على مدى زواجهما- إلا قليلاً من الحب والحنان والدعم، وكثيراً من الانتقاد. لم يكن يأبه لأيام الميلاد أو ذكرى زواجهما السنوية، وكان فظاً معها كلما اختلفت معه حتى في الأمور البسيطة، وكان يتخذ كافة القرارات في حياتهما الزوجية بمفرده.

وعلى مدار ١٩ عاماً، تعاملت مع هذا النمط دون شكوى، وقدمت له الدعم بطرق عديدة مختلفة. ثم فجأة، توفي أبوها. وخلال فترة حزنها عليه، بدأت تدرس جودة حياتها الزوجية. كانت قد تألمت وغضبت في مناسبات عديدة، ولكنها تجاهلت مشاعرها من أجل التكيف والانسجام مع زوجها. كانت الطريقة الوحيدة التي عبرت بها عن مشاعرها هي سلسلة من الاعتلالات البدنية البسيطة، التي كانت تعطل حياتها العائلية والاجتماعية دورياً.

وعندما تحدثت أخيراً وعبرت عن مشاعرها بعد تجاوز استجابة الاكتئاب الحاد الذي أحدثه موت أبيها، أكد زوجها استعداده لتغيير مواقفه لإظهار المزيد من الدفء وقدر أكبر من التقدير لقيمتها. وقال هذا الزوج شاكياً: "على مدار سنوات، بدت وكأنها تدعوني لأن أكون غير مبالٍ أو مكترث. لماذا لم تعرب عن مشاعرها قبل ذلك؟".

كانت الإجابة تكمن في أسلوب تنشئتها؛ إذ لم يكن أبواها -وهما الصارمان اللذان لا يظهران أي عواطف- يسمحان بأي اختلاف داخل البيت. كان كلاهما مشغولاً بالدور الذي يلعبه: دور الزوج أو الزوجة، الأم أو الأب، العائل أو مدبرة المنزل. كل دور كانت له توقعات معينة مرتبطة به، وكان يتم تحقيق هذه التوقعات تماماً وبلا شكوى مع إظهار قدر ضئيل جداً من العاطفة، وبدون إظهار أي غضب أبداً. كان يتم إثناء الأطفال عن أن يكونوا عفويين أو حاسمين، ونادراً أيضاً ما كانوا ينالون أي ثناء أو إطراء.

اتضح أن جمود طفولة هذه المرأة وعقمها العاطفي هو أرض خصبة لمشكلاتها الخاصة بالإحساس بالعواطف والانفعالات والتعامل معها، خاصة الغضب. وعندما كبرت، أخفت حساسيتها وافتقارها للثقة بالنفس، وعززت هذا النمط دون قصد بأن تجاهلت مشاعرها، فعزز هذا بالتالي افتقارها للعفوية العاطفية وشكوكها في قيمتها. كما أنها لم تستطع حمل نفسها على إخبار زوجها بحقيقة مشاعرها، لأن هذا الفعل ربما يطلق بعض الغضب الذي كانت تكبته.

بعد موت أبيها، أصيبت باكتئاب حاد وسعت للحصول على إرشاد نفسي. وأثناء العلاج، بدأت للمرة الأولى تعبر عن بعض الاستياء والغضب اللذين كانت تشعر بهما، وتكشف عن ألمها نتيجة الأذى الذي نال تقديرها لذاتها. ومع إطلاق انفعالاتها، لم ترتفع معنوياتها فحسب، بل زادت مستويات طاقتها أيضاً بصورة مضطردة. ولأول مرة منذ سنوات، شعرت أنها حرة في أن تكون أكثر حسماً، وتتكلم دون خوف، وتأخذ زمام المبادرة في التواصل مع زوجها. أما الغضب الذي ظلت تراكمه بداخلها، فصارت توجهه إلى الخارج دفاعاً عن نفسها. ومع انحسار هذا الغضب، حل محله قدر أكبر من حرية التعبير، وتمكنت من مواجهة المشكلات والتعامل معها لدى ظهورها، إما بهدوء وبشكل مباشر، وإما بالغضب، إذا كان ملائماً.

إفراغ شحنة العداء على النحو الذي يؤدي إلى تحسين الحالة المزاجية وظهور العدوان الصحي البناء والحسم هو نموذج كثيراً ما نراه في علاج المكتئبين. يبدو الأمر وكأنهم اختزنوا سخطاً لم يعبروا عنه، ثم أطلقوه لاحقاً على مراحل حتى تخلصوا منه تماماً في النهاية. وتؤكد النظرية النفسية أن المكتئبين يندمجون بشدة فيمن يحبون، وهذا الاندماج يكون أحياناً قوياً لدرجة أن الخطوط الفاصلة بين الفردين تصبح غير واضحة، ومن ثم فإن شعور المرء بالغضب من أحد أبويه أو شريك حياته يعني غضبه من نفسه. وعندما يعاد توجيه هذا الغضب إلى الخارج، يمكن استعادة تقدير الذات المفقود.

تضع النظرية النفسية العوامل المسببة الرئيسية لخوف المكتئبين من غضبهم في إطار النمو في الطفولة، خاصة المرحلتين الفموية والشرجية. ففي المرحلة الأولى، تسفر الأحداث الصادمة عن صعوبة كبيرة في شعور المكتئبين لاحقاً بالاحتياجات الاعتمادية. وعندما يتم إحباط هذه الاحتياجات، سواء في الواقع أو في خيالهم، تكون

استجابتهم هي غضب غير منطقي.

خلال المرحلة الشرجية من النمو -عندما يكون الأطفال في عمر ٣ سنوات- يكون التدريب على استخدام المرحاض قد اكتمل. والصرامة المفرطة في تربية الأطفال في هذا الوقت يمكن أن تؤدي إلى تقليص عفوية الأطفال وحماسهم الطبيعيين؛ فإنها تسلبهم حيويتهم، وتوقف قدرتهم الإبداعية، وتضيف مكونات سادية وماسوشية إلى علاقاتهم مع الآخرين، وتؤدي إلى قهرية تحرمهم من المرونة في سنواتهم اللاحقة. مثل هذه التوليفة من عناصر الترسيخ في الطفولة يمكن أن تؤدي إلى نشوء بالغين لديهم احتياجات اعتمادية شديدة غير مشبعة، تمثل مصدراً للإحباط والغضب، وعجزاً شديداً عن التعبير عن العواطف، والذي يشير إليه "فيلهلم رايخ" باعتباره "عقبة عاطفية"، وهذا يعرض الناس لخطر الإصابة بالاكتئاب المزمن.

أحد الأسباب الأكثر شيوعاً التي تجعل الناس يراكمون الغضب هو عجزهم عن أن يكونوا عدوانيين وحاسمين بصورة إيجابية بناءة. سواء كان ذلك نتيجة خجل بدأ في الطفولة، أو خوف من الرفض، أو تدني تقدير الذات، أو حاجة شديدة لإرضاء الآخرين، أو كراهية الصراعات، فإن سنوات من عدم الرغبة، أو عدم القدرة على التحدث بصراحة ووضوح وبلا خوف -وهو ما يمكن غالباً أن يحدث بأسلوب مهذب لا ينطوي على التهديد- تمهد الساحة لغضب داخلي عميق، واكتئاب بالطبع.

فرويد نفسه افترض أنه يمكن تحديد عوامل بيولوجية تكشف ارتباطها الوثيق بكثير من المفاهيم النفسية التي وضعها، بما في ذلك المفاهيم الخاصة بالعلاقة بين العداء والاكتئاب. فمن المعروف الآن مثلاً أن الأشخاص المصابين بفرط نشاط الدرقية يميلون لأن يكونوا انفعاليين إلى أبعد حد، ويظهرون الغضب وسرعة الاهتياج عند أقل استفزاز، في حين أن من لديهم قصور في نشاط الدرقية يميلون إلى اللامبالاة والاكتئاب. ويؤدي علاج المصابين بفرط نشاط الدرقية، سواء جراحياً أو باستخدام العقاقير التي تحد من النشاط الدرقي المفرط، إلى تقليل سرعة الاهتياج وفرط الحساسية. كما أن علاج قصور نشاط الدرقية من خلال إعطاء هرمونات الدرقية يقلل اللامبالاة ويستعيد قدرة المريض على الشعور بالغضب والتعبير عنه عند الاستفزاز.

تدني تقدير الذات يعوق الحسم الصحي

تزداد شدة حساسية المكتئبين وتدني تقدير الذات لديهم نتيجة الصلة القوية بين غياب الحسم، والغضب، والاكتئاب الصحي وبين العقبة المتأصلة في العفوية والعدوان. فهناك فرص أكثر لشعورهم بالألم، والإهانة، والتهديد؛ خاصة حيث إن إحساسهم بالقيمة قد تضرر بالفعل. وهم غالباً ما يرون الرفض في أدنى ملاحظة أو لامبالاة لم تكن لتزعجهم في الظروف الطبيعية. ومن المفارقة أن سلوك المكتئبين كثيراً ما يثير لدى الآخرين الغضب والرفض، لا الدفء الذي يبحثون عنه في واقع الأمر. ويمكن أن يكون الاكتئاب مثار سخط شديد لمن هم على اتصال بالمكتئبين عندما يكون هذا المزاج نفسه تعبيراً عن غضبهم الداخلي.

كان هاري رايت يعمل عميداً مساعداً في إحدى الكليات الصغيرة في نيو إنجلاند. كان يبلغ من العمر ٣٨ عاماً عندما تقاعد العميد فتوقع أن يقع عليه الاختيار خلفاً له، نظراً لأنه كان يؤدي عمله بتميز. ولكن مجلس الإدارة قرر لأسباب عديدة البحث خارج الكلية عن عميد جديد، ولم يحصل هاري على الترقية.

تألم هاري كثيراً لهذا وشعر -وله عذره- بعدم التقدير، فأطلق هذا الشعور بدوره تفاعلاً متسلسلاً بدأ بتشكيكه في قدراته وتساؤله ما إذا كان كفئاً للوظيفة. ربما كان قد بالغ في تقديره لقدراته. وتساءل ما إذا كان من المحتمل أن يكون قد أهان بعض الأعضاء المهمين في مجتمع الكلية. أصابه الاكتئاب.

كظم هاري غضبه بدلاً من التعبير عنه بطريقة مباشرة وصريحة. إلا أن هذا الغضب ظهر على السطح في صورة موقف "عدم مبالاة". لم يعد منكباً على عمله بكل حيوية كسابق عهده. وكثيراً ما كان يتأخر عن اجتماعات هيئة التدريس أو يفوتها تماماً. وكثيراً ما كان العميد الجديد -الذي لا يعرف الكثير عن إسهامات هاري السابقة لصالح الكلية- يغضب منه بسبب لامبالاته، ويوبخه بسبب عدم تحمله للمسئولية. تفاقم إحساس هاري بعدم التقدير، لأنه فشل في الربط بين سلوكه ونفاد صبر العميد، فتضاعف ألمه وغضبه. وعندما طُلب منه تقديم استقالته، أحس بالصدمة. وأخيراً، وبعد فوات الأوان، عبر بصراحة عن غضبه من الموقف.

كان إحباط هاري بسبب عدم تولي منصب العميد مفهوماً تماماً. ولكن عجزه عن مناقشة موقفه مع العميد الجديد، والتراكم المستمر للغضب في صورة اكتئاب، منعه من إيجاد حلول أفضل للمشكلة. كان من الممكن أن يتوقع إمكانية بحث الكلية عن عميد جديد في مكان آخر. وكان يستطيع نقل اهتمامه بالمنصب بشكل أكثر حسماً ووضوحاً. وبعد أن تم التعيين -لو أنه شعر بالحاجة للرحيل- كان يستطيع أن يتقدم باستقالته بدلاً من أن يتم فرضها عليه بسبب سلوكياته. وكان بمقدوره أيضاً أن يواصل أداء عمله بشكل ممتاز حتى يتمكن العميد الجديد من إدراك قيمته ومنحه التقدير أمام الكلية.

ولأن هاري لم يستطع التعامل مع غضبه، لجأ إلى استخدام الاكتئاب للتعبير عن إحباطه ونال -بدوره- الغضب رداً على ذلك. ويشرح هذا النمط ما يشار إليه باسم "السلوك العدواني السلبي" الذي يتم فيه كبت الغضب -بدلاً من توجيهه نحو الأهداف توجيهاً فعالاً ومباشراً- فيبدأ المرء في إبداء موقفه من خلال مسار غير مباشر يسمح له بأن يتنصل -حتى أمام نفسه- من أي مسئولية عن النتيجة.

يتعلم المرء في مثل هذه المواقف طرقاً غير مباشرة للتعبير عن العدوانية. فكافة الأطفال يعرفون أن إيذاء أنفسهم سيثير رد فعل لدى آبائهم. ومع اكتشافهم لطرق أفضل لإثارة استجابة الآباء، يتخلون بكل سرور عن مثل هذه الطرق المسرحية الهادمة للذات المستخدمة للفت الانتباه أو التعبير عن الإحباط. في سنوات نشأة الأشخاص الذين يحتمل انخراطهم في سلوك عدواني سلبي، عادة ما نجد تشوشاً خطيراً في التواصل وفقداً للتجاوب في البيئة التي تطبع في ذهن الأطفال فكرة أن إيذاء أنفسهم هي أسرع الطرق وأكثرها فعالية لـ "الانتقام" من هؤلاء الذين ربما تسببوا في إيذائهم.

يمكن أن يتحول هذا بسهولة إلى عادة فشل. على سبيل المثال، المراهقون المصابون ببعض الاكتئاب ربما يعبرون عن خيبة أملهم وغضبهم من آبائهم من خلال الأداء المتدني في المدرسة، فلا يستطيعون التركيز بفعالية، ودائماً ما يرسبون في الاختبارات، ويتأخرون في تسليم واجباتهم المنزلية، وحتى بعد التأخير تكون هذه الواجبات غير متقنة. وفي موقف الفشل، يحضر المراهقون المكتئبون تقاريرهم المدرسية إلى البيت ليصيبوا آباءهم بالغضب، والإحباط، وأي جهد يبذله الآباء لإحداث تغيير جبري

يواجه مقاومة عنيدة للغاية.

الأطفال والمراهقون الذين يؤدون بشكل سيئ عادة ما يكونون مكتئبين وغاضبين. وأداؤهم السيئ هذا هو وسيلة يقولون بها لآبائهم: "إنني أتألم. إنني غاضب، ولكنك لم تقدم لي طريقة لائقة للتعبير عن مشاعري". والسكرتيرة التي تحضر إلى العمل متأخرة دائماً، والعميل الذي يتأخر في دفع فواتيره دائماً -على الرغم من توفر قدر كافٍ من المال لديه- ربما لم يكن يظهر نوعاً من الإهمال واللامبالاة فحسب؛ فكثيراً ما يكون هذا النوع من الأنماط السلوكية مصمماً بغير وعي لإزعاج الطرف المستهدف به، وهو طريقة ملتوية غير مباشرة للتعبير عن العداء. والجمود الشديد للأشخاص المصابين باكتئاب خطير كثيراً ما يكون هو نفسه تعبيراً عن الغضب السلبي.

التأثيرات الثقافية على الغضب

تؤثر العوامل الثقافية بعمق على طريقة شعور الناس بالغضب وتعاملهم معه. وينطبق هذا في أمريكا أيضاً، حتى إذا كان الناس يفصلهم جيلان أو ثلاثة عن أصولهم. ولا يتم تناقل أنماط التعامل مع الغضب من جيل إلى جيل من خلال الاتصال فحسب، ولكن أيضاً من خلال ما وصفه "كارل يونج" بأنه النماذج الأصلية داخل اللاوعي الثقافي. وسيكون من السذاجة أن نفترض أن بضعة آلاف من الأميال وقرناً من الزمان أو نحو ذلك يمكن أن يغيرا التكوين الفطري للحياة العاطفية بشكل كبير.

في مجتمع هو في الأساس "بوتقة انصهار"، ليست هناك وسيلة لحساب مدى مسئولية صراعات الخصائص الثقافية عن صعوبات التواصل في إحدى الزيجات. في إحدى الحالات مثلاً، وجد زوج وزوجة أنه رغم توافقهما بشدة من كل النواحي تقريباً، فإن الاختلاف في طريقة معالجة كل منهما للغضب كاد يدمر زواجهما. فالزوج المولود لأب أسباني كان يشعر أنه حر تماماً في أن ينفجر غاضباً عند أقل بادرة تجاهل. وكانت المسألة تنتهي تماماً في غضون دقائق، حيث يكون مستعداً حينئذ لنسيان الحادث تماماً. أما زوجته ذات الأصول الاسكتلندية الإنجليزية فكانت تقدر ضبط الانفعالات ولم تكن تحب أن تغضب. وعندما كانت تجرح مشاعرها، كانت تميل إلى الصمت والعزلة وهي تشعر بإحساس قوي بالرفض والعبث النابعين من عجزها

عن تفريغ الانفعالات التي تعتمل بداخلها. وعندما كانت تثأر لنفسها، كان هذا يحدث في صورة ملاحظات ماكرة مستفزة تستهدف الحط من قدر زوجها. وأخيراً وأثناء جلسة إرشاد نفسي، واجها هذا المأزق. لقد تعرضت علاقتهما للخطر إلى أن استطاع هو تقدير الأثر الكامل لنوبات الغضب، وتعلمت هي التعبير عن ذاتها بدرجة أكبر.

لاحظت خلال عملي مع المرضى على مدار العقود الأربعة الماضية أن الرجال والنساء الذين نشئوا في بيئات دينية صارمة، خاصة إذا كانوا من عائلات من أصل أوروبي شمالي، يميلون إلى الانسحاب في مواجهة الخطر. فالإصابة بالاكتئاب طريقة شائعة لديهم للاستجابة للاستفزاز. وفي المقابل، فإن من ينتمون لخلفيات دينية أقل صرامة، خاصة إذا كانوا من أصل جنوب أوروبي، يظهرون الميل المعاكس نحو اكتئاب أقل صراحة واستعداد أكبر لتوجيه الانفعالات الشديدة إلى الخارج عندما يغضبون.

التعبير عن العداء وكبت العداء

مجرد التعبير عن الغضب ليس علاجاً بالضرورة للأشخاص المكتئبين. في البداية، قد يبدو هذا متناقضاً مع المفهوم القائل بأن الاكتئاب نفسه كثيراً ما يكون تعبيراً عن العداء وأن المكتئبين يستعيدون طاقتهم وعدوانيتهم الإيجابية عندما يصبحون أقدر على إطلاق الانفعالات. ولكن بعضاً من الغضب الذي ينتاب المكتئبين ينبع من حساسيتهم المفرطة، حيث إن تدني تقدير الذات لديهم يشجعهم على الشعور بالرفض من الآخرين، سواء كانوا مرفوضين فعلياً أم لا. وكثيراً ما ينشأ الألم الذي يشعرون به من طريقة إدراكهم لما يحدث، تماماً كما ينشأ عن الوقائع الفعلية للأمور.

لو أن قدراً معيناً من الغضب الذي يعاني منه المكتئبون هو نتيجة تعرضهم للأذى -في الحقيقة أو الخيال- فإن قدرتهم على التعبير عن جرحهم بغضب من شأنها أن تفرغ بعض الاكتئاب الكامن. لدى الأفراد الذين عانوا طيلة حياتهم من مشكلات تتعلق بفرط الحساسية وسيطروا بشدة على انفعالاتهم العدائية، قلما نتوقع أن يتغير نمطهم المتأصل نتيجة نوبات الغضب المفاجئة التي ربما يتم تشجيعهم على إظهارها خلال جلسات الإرشاد النفسي أو العلاج الجماعي. ومثل هذه التجربة في الواقع قد تؤتي نتيجة عكسية مما يتسبب في ذعرهم في مواجهة الانفعالات الطاغية وغير المألوفة التي تمت إثارتها.

إن تجربة الإصابة بالاكتئاب ليست بأي حال متعلقة دائماً بعداء لم يتم التعرف عليه أو لم يتم التعبير عنه. علاوة على ذلك، فإن الغضب والعنف كثيراً ما يكونان نتيجة للاكتئاب بنفس قدر كونهما سبباً فيه. قال صبي في السادسة عشرة من عمره: "منذ فترة وأدائي ليس جيداً في المدرسة. لا أستطيع التركيز في الدراسة. جربت الرياضة، ولكني لم أنجح في الانضمام إلى فريق المدرسة. أما في البيت، فأمي جحيم يمشي على قدمين؛ فهي تصرخ في وجهي طوال الوقت وتستخدم لغة منحطّة وتناديني بأقبح الأسماء ودائماً تطاردني فتشعرني بأنني تافه. لا عجب أن أبي رحل عنها. ليس هناك مستقبل لشخص مثلي. سأحصل على بعض المال، وأرحل عن هذا المكان".

الصبي الذي قال هذا الكلام لا يسكن حياً فقيراً، بل يقيم في بيت في ضاحية تسكنها الشريحة العليا من الطبقة المتوسطة. وقد ألقى رجال الشرطة القبض عليه لاقتحامه متجر للخرداوات والتعدي بالضرب على البائع وسرقة بضاعة كان يريد بيعها ليحصل على ما يكفيه من المال للرحيل عن البلدة. كان يائساً حقاً نتيجة إساءة معاملته في البيت، وافتقاره إلى أب يمكنه الاندماج معه، وعدم حصوله على الدعم من خلال أي نوع من الإنجاز في المدرسة أو بين أقرانه. قاده يأسه للجوء إلى عمل عنيف للهروب، وفي نفس الوقت، تفريغ بعض الغضب الذي شعر به تجاه موقفه.

عندما ينفصل الأفراد عن مشاعرهم وعواطفهم، وخصوصاً عندما يحملون الآخرين مسئولية محنتهم، من الشائع أن يظهر العداء بشدة على السطح -بدلاً من كبته أو إخماده- بحيث يخفي الاكتئاب الكامن وراءه.

كانت آن ريتشاردسون تمر بفترة سن اليأس. كانت مرتاحة جسمانياً، فيما عدا بعض السخونة العارضة والدوار من حين لآخر. وكانت تعاني صعوبة في النوم وضعفاً في الشهية، ولكن معنوياتها كانت تبدو طيبة. لم يشتبه أحد في أنها مكتئبة.

ولكن كان من الصعب جداً التعايش معها. كانت دائمة النقد لزوجها وأولادها. فإذا لم يكن البيت مرتباً، كانت تصرخ ليتم تنظيف المكان وإفراغ منافض الرماد. وعندما كان زوجها يعود من العمل متأخراً، كانت تتذمر دوماً من إهماله. كان يجد صعوبة في جعلها تشاركه التخطيط للعطلات الأسبوعية، ولكن عندما كان يحين وقت الخروج في رحلة أو استضافة بعض الأصدقاء، كانت تسخر منه لعدم وضعه خططاً ملائمة.

هناك شيء يسمى الاكتئاب "الغاضب". لا تختلف آن ريتشاردسون كثيراً عن التنفيذيين الذين يظهر اكتئابهم في صورة فظاظة وسرعة اهتياج ونفاد صبر. في البيت، يتسمون بالفظاظة مع أسرهم ولا يريدون سماع شيء عن المتاعب اليومية. وفي العمل، ينتقدون أبسط الأخطاء التي يرتكبها موظفوهم. وهم دائماً ما يبدون غاضبين باستمرار. وقد يلجئون إلى شرب الكحوليات، أو الانخراط في علاقات جنسية عابرة كإجراءات علاجية، وينكرون أمام أنفسهم أنهم مكتئبون، أو حتى كانوا مكتئبين. وكثيراً ما يرتبط الإنكار من هذا النوع بالغضب الصريح، الشديد أحياناً، وميل الشخص إلى تحميل الآخرين مسئولية مشكلاته.

ولكن من المهم أن ندرك أنه ليس بالضرورة أن يكون كل مكتئب غاضباً، إما بوعي وإما بغير وعي. وهناك شيء يسمى الاستجابة الاكتئابية المباشرة وغير المعقدة التي يمكن أن يتسبب فيها الإحباط، والرفض، والفقد. مثل هذا الشخص -حينما يكون مكتئباً- قد لا يكون قادراً على تنشيط غضبه عند استفزازه، ولكن الغضب نفسه لا يلعب دوراً كبيراً في نشوء الاكتئاب.

الصفح يمكن أن يحررنا من السخط

لا تكتمل أي مناقشة للعداء بدون تأمل طبيعة السخط. والسخط مختلف عن الغضب، ومختلف عن الاكتئاب. في الواقع، الإصابة باكتئاب حاد يمكن أن تنقذ شخصاً جريحاً ومحبطاً من الأضرار الفادحة للسخط.

السخط عبارة عن حالة مستمرة وعنيدة من العداء. فالساخطون يحسون بالكراهية والتشاؤم اللذين يبررونهما بالجراح الحقيقية أو المتخيلة التي تسببت فيها بيئتهم. والسخط مختلف عن العداء المكبوت أو المكظوم الذي نراه في بعض حالات العصاب أو الاكتئاب، وهو مختلف تماماً عن الغضب المباشر.

الساخطون أشخاص يفتقرون إلى البصيرة والحكمة. وهم عادة ما يفتقدون الحساسية تجاه مشاعر الآخرين. ومن المحتمل أن يشعروا بالتعاسة بشكل رئيسي عندما يعجزون عن الهيمنة أو السيطرة على الآخرين في بيئتهم، خاصة عندما لا يمكن إشباع احتياجاتهم على الفور. وهم لا يستطيعون التسامح مع التجاهل والرفض، اللذين يكون كثير منهما غير مقصود أو مشكوك في صحته، ويبدو أنهم

يستمتعون بانتقاد الآخرين من حولهم.

يتطلب علاج السخط تبني هيكل قيمي جديد يسمح للناس بالتسامح مع التجاهل والصفح عن الآخرين، وهو ليس تغييراً سهلاً. وحيثما كان السخط عاملاً انفعالياً رئيسياً في أي صورة نفسية، سواء كانت حالة قلق، أو اكتئاب، أو حتى إدمان للكحوليات، فإن احتمالات الشفاء تقل بشكل خطير. والساخطون أشخاص منشغلون أكثر مما ينبغي بابتكار وسائل للانتقام، والتسبب في معاناة الآخرين، وإنكار مسئوليتهم الشخصية عما يعانونه هم أنفسهم من تعاسة لكي يصبحوا مكتئبين اكتئاباً صريحاً. والحقيقة أنهم مسببون للاكتئاب؛ أي أنه من المحتمل أن يتسببوا في شعور من هم في بيئتهم وعلى اتصال دائم بمرارتهم بالاكتئاب.

وعلى النقيض، غالباً ما يظهر المكتئبون استعداداً للصفح وتوقاً للبدء من جديد مع زوال الاكتئاب. ويؤكد هيكلهم القيمي أهمية الحب، وهذا يبقى حتى عندما تكون عقولهم ممتلئة بالأفكار الغاضبة واليائسة.

فقط عن طريق تعلم كيفية الصفح، يمكن أن يتبدد السخط، وتنجح العلاقات الشخصية (التي تتأثر حتماً بالجراح ومواقف سوء الفهم). والصفح مفهوم تعرض لتجاهل شديد من جانب أدبيات علم النفس، ربما بسبب دلالاته الدينية أو الروحانية. ولم تنل فكرة الصفح والتسامح حقها من التأكيد الضروري في العلاج إلا خلال السنوات القليلة الأخيرة.

ماذا يعني الصفح؟ إنه لا يعني التجاهل أو النسيان. تنطوي عملية الصفح على اعتراف المرء بالألم والغضب الذي عانى منه على يد شخص آخر والشعور بهما والتعبير عنهما... ثم التخلص من هذه المشاعر، لا من أجل الشخص الآخر، بل من أجل المرء نفسه. وكما تقول امرأة في الخامسة والثلاثين من عمرها: "ظللت لسنوات ساخطة على حقيقة أن والديّ كانا يفضلان أخوي. وعندما حان وقت التحاقي بالجامعة، ورغم أنني كنت أذكى من كليهما، رفض والدي أن يدفع لي نفس الرسوم التعليمية التي كان مستعداً لدفعها لهما، ووافقته أمي الرأي. وبينما ذهب أحد أخوي للدراسة في ستامفورد، انتهى بي الحال في إحدى كليات المجتمع المحلي".

"لم أستطع أن أبدأ حياتي إلا بعد أن تخلصت من شعوري بأنهم أساءوا معاملتي على ذلك النحو، وقد تطلب هذا كثيراً من الجهد من جانبي. كان عليّ أن أفهم ما

الذي جعل والديّ على تلك الحال. كان علي أن أشعر أنني راشدة، أنني شخص قادر على تشكيل حياته بمفرده. كان علي أن أصفح عنهما وأحرر نفسي أثناء ذلك من حالة العبودية العاطفية التي وضعني فيها شعوري بالسخط".

ليس من الضروري أن يؤدي الصفح إلى الصلح. فأحياناً يكون الأشخاص الذين ينبغي أن يصفح عنهم المرء موتى ولا سبيل إلى الصلح معهم، وأحياناً يكونون على استعداد لإيقاع مزيد من الضرر إذا أتيحت لهم أدنى فرصة، ويجب تجنبهم تماماً من أجل صحة المرء. وأحياناً يكون هناك تضارب في أساليب الاتصال والأنماط الحياتية والقيم الأخرى، مما يجعل من قيام علاقة مستمرة ضرباً من المستحيل. ولكن كثيراً أيضاً ما يمكن للصفح أن يمهد الساحة للصلح مع شخص لعب -أو يواصل لعب- دوراً مهماً جداً في حياتنا. وبدون الصفح، لا يمكن أن يكون هناك صلح؛ وقليلة هي العلاقات الحميمة التي يمكن أن تبقى وتنمو بهذه الصورة.

الفصل ١٠



الشعور بالذنب

إذا كانت العدوانية قد صارت صفة مثار جدل في الثقافة الغربية، فهناك صفة أخرى تتساوى معها في إثارة الجدل وكثيراً ما يتم تجاهلها، وهي لا تقل أهمية في فهم الاكتئاب في الحضارة الغربية: الشعور بالذنب.

تشكل الثقافة التي يعيش فيها الناس طريقة إحساسهم بالعواطف؛ لذا، ليس من المدهش أن بعض المشاعر والعواطف تنتاب أفراداً في بعض الثقافات دون البعض الآخر. فمثلاً، المفهوم الطبي الغربي للاكتئاب باعتباره متلازمة طبية نفسية تتسم بأعراض عاطفية، ومعرفية، وسلوكية، وجسدية معينة، ربما يكون من السمات الخاصة بثقافات أوروبا وأمريكا الشمالية، لأننا لا نجد مفاهيم مناظرة للاكتئاب بين كثير من الجماعات غير الأوروبية مثل النيجيريين، والصينيين، والإسكيمو الكنديين، واليابانيين، والماليزيين. ورغم أن الأفراد في هذه الثقافات لا يمتلكون مصطلحات مقابلة للاكتئاب، فإنهم ربما يعانون من اضطرابات اكتئابية. ومع ذلك، ربما كانت تلك الأعراض يُحَس بها، ويعَبَّر عنها، ويستجاب لها بطرق مختلفة، وتعزى إلى أسباب مختلفة.

بعض علامات الاكتئاب يشعر بها الناس في مختلف الثقافات. ويتفق كثير من العلماء الذين يدرسون أعراض ما نطلق عليه اسم "الاكتئاب" في مختلف الثقافات

على أن أعراضاً معينة للاكتئاب -مثل الشعور بالذنب، والاستخفاف بالذات، والأفكار الانتحارية، ومشاعر اليأس- كثيراً ما تكون نادرة أو غائبة تماماً بين الشعوب غير الأوروبية. وأعراض أخرى -منها اضطرابات النوم، والشهية، والطاقة، والإحساس البدني، والوظائف الحركية- تبدو أكثر شيوعاً.

أحد أعراض الاكتئاب الرئيسية الشائعة للغاية في العالم الغربي هو الشعور بالذنب. والشعور بالذنب ليس فقط عرضاً من أعراض الاكتئاب، ولكنه أيضاً أحد أسبابه؛ فنظراً لأنه ينطوي على فقد تقدير الذات، فإنه يمكن أن يتسبب في الاكتئاب؛ كما أن المكتئبين ينتابهم شعور بالذنب حيال إصابتهم بالاكتئاب. فنتائج الشعور بالذنب يمكن أن تكون مدمرة.

كلما شعرت إميلي واتس بالتعاسة، خشيت أن تفقد حب زوجها. كانت تسأله مراراً وتكراراً إن كان يحبها أم لا. في البداية، كان يطمئنها. وبعد ذلك، ومع تكرار نفس السؤال، نفد صبره. وكانت هي بدورها تشعر بمزيد من الخوف من فقده.

انتابتها نوبات من الغيرة غير المنطقية، فكانت تفتش حلل زوجها ومحفظة جيبه بحثاً عن أدلة تثبت تورطه في علاقة مع امرأة أخرى. وعندما كان يسافر في رحلات عمل، لم تكن تستطيع النوم ليلاً. وكثيراً ما كانت تلح عليه أن يترك وظيفته ويجد وظيفة أخرى لا تتطلب سفراً. لم يخطر ببالها أبداً أن مخاوفها متأصلة في الشعور بالذنب، وأن شعورها بأنها غير جذابة وغير ملائمة كزوجة كان صورة من صور عقاب الذات، وأن العقاب النهائي الذي ستتلقاه سيكون هو فقد الرجل الذي أحبته.

لماذا شعرت إميلي بالحاجة إلى العقاب، وبهذه الطريقة؟ كانت هذه هي زيجتها الثانية. وكانت قد تورطت في علاقة غير شرعية بزوجها الحالي بينما كانت لا تزال متزوجة من زوجها الأول. كان زواجها الأول مليئاً بالمشكلات منذ البداية؛ ففي عمر ١٩ عاماً، فرت من البيت وتزوجت شاباً كانت بالكاد تعرفه. وبعد ذلك، بدأ زوجها يسرف في شرب الخمور، وكثيراً ما اعتدى عليها بالضرب وهو في حالة من الغضب وفقد الإحساس. لم يتمكن أبداً من الاحتفاظ بوظيفة لأكثر من بضعة أشهر، وعادة ما كان يطرد بعد مشادة مع رئيسه. ولكن لأنها كانت مقتنعة بأن الزواج يجب أن يكون رباطاً أبدياً، ثابرت لمدة ثلاث سنوات في محاولة لجعله زواجاً ناجحاً.

وعندما بدأت علاقتها غير الشرعية، أحست بقدر كبير من الذنب حيالها. ومع استمرار هذه العلاقة، كبتت شعورها بالذنب قائلة لنفسها إن لها كل الحق في أن تجد

لنفسها بعض الحميمية والسعادة. انتحر زوجها الأول بعد تركها إياه بستة أشهر، فتمزقت إميلي بين معرفتها أنها لم تكن سبباً مباشراً في موته وبين شعورها بأنها لو مكثت معه وقتاً أطول فلربما كان لا يزال حياً.

لم تعتبر شعورها "شعوراً بالذنب"، ولكنها شعرت بشدة أنها مسئولة عما حدث له، ولم تخبر أحداً بصراعها. بدأ الاكتئاب يصيبها تدريجياً، وشعرت بالخوف من أن يتركها زوجها الجديد -الذي كانت سعيدة جداً معه- في نهاية المطاف.

خلال الإرشاد الذي تلقته على يد متخصص، رأت إميلي واتس لأول مرة الصلة بين اكتئابها والخوف والشعور بالذنب اللذين انتاباها خلال زواجها الأول. قالت: "ظننت أن أفضل ما أفعله هو أن أحاول إبعاد الأمر كله عن عقلي. لم أتحدث عما حدث مع أي إنسان أبداً. أستطيع الآن أن أرى أنني أخطأت. لم يخطر ببالي أبداً أنني سأشعر أنني مسئولة تماماً عن شيء لم تكن لي سيطرة عليه".

حتى عندما لا تكون مشاعر الذنب هي سبب الاكتئاب، فإن الشعور بالذنب يستثار بسهولة عندما يشعر المرء بأنه قانط. رئيس عمال يبلغ من العمر ٣٢ عاماً فقد وظيفته فجأة، وبعد ذلك بأشهر قليلة، هجرته زوجته. كان يفترض بلا مبرر أنه تسبب في كلتا المصيبتين. يقول: "لو أنني عاملتها بشكل مختلف، لما تركتني. أما وظيفتي، فلو أنني عملت ساعات إضافية، لما كانوا استغنوا عني". وكانت الحقيقة هي أن زوجته لم تحبه أبداً. لقد تزوجته كرد فعل لفشلها في علاقة حب تعرضت فيها للرفض، وقد وجدت أنه يفتقر إلى ما كانت "تتوقعه في الزوج" منذ الأيام الأولى لزواجهما. أما بالنسبة للوظيفة، فإن أصحاب العمل لم يستغنوا عنه إلا لأنهم خسروا عدداً من العقود المهمة ولم يعد بمقدورهم تحمل دفع راتبه.

نظراً لعدم قدرته على رؤية أي من الحدثين من منظور صحيح، استمر في لوم نفسه: في بعض الأحيان، تجاوزت حساسيته للشعور بالذنب الحدود المعقولة. "في الوظيفة الجديدة، سرق أحدهم الأسبوع الماضي خمسين دولاراً من إحدى الخزانات. أعلم أن هذا جنون، ولكن عندما بدأت شرطة الشركة التحقيق في الأمر، شعرت كما لو كنت أنا الفاعل. وعندما تخلصت من تلك الفكرة الغريبة، ظننت أنني سأُتهم بالسرقة على أي حال".

هناك اختلاف بين الحالات الاكتئابية التي تنبع من الشعور بالذنب والحالات غير المرتبطة بمشاعر بالذنب. أثبت الطبيب النفسي "بيتر إف. ريجان الثالث" أن

مرضى الاكتئاب الذين يعانون من شعور كبير بالذنب لا يستجيبون جيداً للعلاج البيولوجي. وفي المقابل، فإن مرضى الاكتئاب الذين لا يشعرون كثيراً بالذنب عادة ما يتحسنون بسرعة عند استخدام العلاج البيولوجي. الشعور بالذنب يعزز قوة وعناد الاكتئاب. وهذا عادة ما يدفع الناس إلى تكرار النمط السلوكي الذي يولد الشعور بالذنب إلى أن يفهموه.

بعض مدمني الكحوليات المكتئبين يجسدون هذه النقطة. امرأة عمرها ٥١ عاماً بدأت العلاج بسبب الوحدة ومشاعر اليأس التي انتابتها على مدار السنتين اللتين أعقبتا وفاة زوجها غير المتوقعة. كانت أيضاً تشرب الخمر لتخفيف اكتئابها، واعتادت على شرب حوالي خمس كئوس من الفودكا كل يوم.

باءت الجهود التي بذلتها بمفردها ومن خلال جمعية "مدمنو الكحوليات المجهولون" Alcoholics Anonymous للتوقف عن الشرب بالفشل. والحقيقة أنها كلما ركزت أكثر على مشكلة الشرب التي تعاني منها، شعرت بمزيد من الذنب، فشربت أكثر. من خلال العلاج النفسي، وبمساعدة الأدوية المضادة للاكتئاب، بدأ اكتئابها يزول تدريجياً، ولكن إدمانها للكحوليات استمر حتى تمكنت من أن تدرك كيف أن ألم الشعور بالذنب نفسه كان يتسبب في إقدامها على الشرب من جديد. وبمجرد أن تخلت عن ميلها إلى لوم نفسها، انضمت من جديد إلى الجمعية واستطاعت في النهاية الإقلاع تماماً عن شرب الكحوليات.

تشير النظرية النفسية إلى وجود الأنا العليا القوية كجزء من هيكل شخصية الفرد الذي يصبح مكتئباً. تشتمل الأنا العليا، التي تتشكل في الطفولة، على مكونين رئيسيين. أولهما، الإحساس بالخطأ والصواب والمعروف عموماً باسم "الضمير". فعندما يخالف المرء ضميره، يشعر أنه خالف قيمه الأساسية -أو قيم شخص آخر يعتقد أنه ينبغي أن يتحلى بها- وتكون النتيجة هي الشعور بالذنب. والمكون الثاني هو "مفهوم الذات". فعندما يشعر الناس أنهم الأشخاص الذين يريدون أن يكونوا، فإنهم يشعرون بالرضا بدرجة معقولة. وكلما زادت المسافة بين ما هم عليه وبين ما يشعرون أنه ينبغي أن يكونوا عليه، تعاظم إحساسهم بالفشل. أحياناً، تكون الأنا العليا متطورة للغاية، لدرجة أن المعايير التي يتوقع الناس الوفاء بها تكون مرتفعة بشكل مستحيل.

ليست الأنا العليا والضمير سواء؛ فالأولى تحتوي على عنصر عاطفي قوي، بينما الأخير هو وعي عقلاني بالنظام القيمي للمرء. كتب "دابليو. إتش. أودن" في كتابه A Certain World، وهو يعرف هذا الاختلاف، قائلاً:

> تتكلم الأنا العليا بصوت مرتفع، إما بصيغة الأمر وإما بصيغة الاعتراض: "**افعل هذا! لا تفعل ذلك! مرحى! بئساً لك أيها الوغد!**". أما الضمير فيتحدث بصوت خفيض، وبصيغة الاستفهام: "هل تعتقد هذا حقاً؟ هل هذا صحيح بالفعل؟".
>
> وقولنا إن صوتيهما مختلفان لا يعني بالطبع أنهما لا يتوافقان أبداً، فهما في الواقع يتوافقان دائماً في مجتمع مثالي....
>
> عجز الأنا العليا كمرشد للسلوك يتمثل في أنها، من حيث كونها كياناً اجتماعياً، لا تكون فعالة إلا عندما تظل الأحوال الاجتماعية دون تغيير. فإذا تغيرت، فإنها لا تدري ماذا تقول. لم يكن أبناء إسبرطة يستخدمون النقود في بلدهم، وبالتالي فإنهم عندما سافروا إلى بلدان تستخدم النقود، عجزوا عن مقاومة إغراءات المال وقيل في العالم القديم إن الإسبرطي يمكن دائماً رشوته.

صانعو الشعور بالذنب

على خلاف الإسبرطي وهو بعيداً عن وطنه، فإن المكتئبين لديهم ميل للشعور بالذنب يجعلهم شديدي التأثر بالأشخاص الذين يعرفون كيف يسيطرون عليهم من خلال تنشيط شعورهم بالذنب. فحيث إنهم كثيراً ما يعانون من افتراض أنهم مخطئون بطريقة ما، فمن الممكن إقناعهم بسهولة أنهم الملومون في أي موقف، بغض النظر عن الحقائق.

استشارت امرأة تبلغ من العمر ٣٩ سنة طبيباً نفسياً لأنها كانت تشعر باليأس والرغبة في الانتحار بشكل متقطع على مدار عدة أشهر. قالت: "يقول زوجي إن هناك شيئاً غير طبيعي بشأني. إننا ندخل في مشاجرات رهيبة. أخبرني أنني أدمر زواجنا، وأنني إذا لم أستقم فسيضطر لتركي".

على مدى الجلسات القليلة التالية، ظهرت الانطباعات التالية عن زوجها: كان صلباً، وعنيداً، ويطالب نفسه بمستوى عالٍ من الأداء، وكان لا يكف عن توجيه النقد

لزوجته. فمن وقت لآخر، كان يتهمها بعدم الكفاءة كمدبرة منزل، وبالفشل في تربية الأطفال كما ينبغي، وبأنها غير ممتعة بما يكفي، وبأنها لا ترغبه جنسياً. وعندما كانت تنزعج وتبكي، كان يتهمها بعدم الاستقرار الانفعالي. وهي تتساءل: "هل هو محق؟ هل أنا فاشلة تماماً؟ هل أنا كل هذه الأشياء البغيضة التي يصفني بها؟".

أصر الطبيب النفسي على مقابلة زوجها للحصول على صورة واضحة للتفاعل بينهما. وخلال الزيارة بأكملها، كان زوجها يتصرف كما لو كان زميلاً للطبيب لا زوجاً لمريضة. "ما الذي يمكننا فعله من أجلها أيها الطبيب؟ إنها مفرطة الحساسية. بالطبع أنا أقدرها كثيراً؛ فأنا أحبها. إنها تبدو مكتئبة حقاً. هل تعتقد أن حالتها خطيرة؟ أنت تعلم أن هناك تاريخاً للمرض العقلي في أسرتها، أليس كذلك؟ أم لعلها لم تخبرك". لقد أنكر قول أو فعل أي شيء ربما كان من شأنه أن يزعجها. "ليس ثمة خلل فيّ. لست مضطراً للحضور لمقابلتك أنت أو غيرك". ورفض تحديد موعد آخر.

وفي غضون شهرين، قالت المرأة إن زوجها يشكو الآن غاضباً من طول علاجها وتكلفته. كما أنه ادعى أنه على اتصال منتظم بالمعالج للحصول منه على "تقارير حول سيرها في العلاج"، ولم يكن هذا صحيحاً. كان يلقي بتعليقات عرضية مثل: "أخبرني طبيبك أنك لا تبذلين جهداً كافياً لمساعدة نفسك". لقد ظهرت مقاومته لعلاجها بمجرد أن بدأت تستعيد شيئاً من تقديرها لذاتها وصارت أكثر قدرة على رد انتقاده لها.

إن صانعي الشعور بالذنب ليسوا دائماً بهذه الدرجة الصارخة من الوضوح في محاولاتهم لجعل زوج، أو أب، أو ابن، أو زميل يبغض نفسه. فكثيراً ما يحدث التفاعل بأسلوب أكثر مكراً. فعبارات مثل "انظر كم تجعل أمك تعيسة"، و"لماذا لا تستطيع أن تكون أكثر امتناناً لكل ما فعلناه من أجلك؟"، وغيرها من الملاحظات التي تصدر في اللحظة المناسبة، وبنبرة مناسبة، ودعم غير شفهي مناسب، تكفي غالباً لتبقي المصابين باكتئاب طفيف خاضعين لإرادة وسيطرة صانعي الشعور بالذنب. مثل هذه المناورات يمكن أن تكون أحياناً من الدهاء بمكان لدرجة أن بعض المعالجين اضطروا لتصوير الأسر بالفيديو ليوضحوا لهم السمة الهدامة في أنماط تواصلهم.

ما الذي يحرك صانعي الشعور بالذنب؟ في معظم الأحيان، يكونون غير واعين تماماً لتأثيرهم على الآخرين، لأن الحافز لهذا التأثير مدفون على بعد طبقات عديدة

تحت وعيهم. أحياناً، يكون صانعو الشعور بالذنب ساديين ويستمدون قدراً من المتعة والتلذذ من تسبيب الألم لضحاياهم. وأحياناً، يكون جعل الآخرين يشعرون بالذنب وسيلة لتفريغ شعورهم هم بالذنب، الذي ربما ينشأ عن مشكلات لا يفهمونها جيداً. فإيجاد شخص آخر لتحميله اللوم يخفف عنهم مؤقتاً توترهم وضيقهم. وأحياناً، ينبع سلوكهم من الحسد والتنافس. فمن خلال جعل الآخرين يشعرون بعدم الكفاءة والذنب، يمكنهم أن يشعروا أنهم أكثر قدرة. وأحياناً، يكون الهدف من سلوكهم هو السيطرة فحسب.

صانعو الشعور بالذنب نادراً ما يأتون إلى عيادة المعالج إلا لتبرئة أنفسهم. وكقاعدة، فإنهم يتسمون بقدر ضئيل جداً من التبصر والمعرفة. فمادام هناك من يلقون عليه باللوم ويسيطرون عليه، يمكنهم حماية أنفسهم بنسبة نجاح -زادت أو قلت- من الشعور بالاكتئاب. وضحاياهم هم الذين تنتهي بهم الحال إلى الإصابة بالاكتئاب والشعور بأنهم لا يستطيعون فعل أي شيء بشكل صحيح أبداً وبأن الذنب كله ذنبهم.

تبديد الشعور بالذنب

الشعور بالذنب في حد ذاته ليس أمراً شاذاً، حتى عندما يؤدي إلى الاكتئاب. فالقدرة على الشعور بقدر ملائم من الذنب، والاعتراف به، وإيجاد وسائل فعالة للتعامل معه كانت دائماً سمات ضرورية للشخصية الصحية. والشعور بالذنب آلية مهمة لحماية الناس من التورط في سلوك يضرهم أو يضر الآخرين. وعند إنكار الشعور بالذنب، أو عندما لا يستطيع الناس الاعتراف به، أو معرفة ما ينبغي عليهم الشعور بالذنب حياله، من المحتمل أن يدخلوا في مواقف تعرض تقديرهم لذاتهم للخطر. وقد لا يدركون مدى الضرر الذي يلحقونه بأنفسهم حتى يصابوا باكتئاب حاد. وربط اكتئاب هؤلاء بشعورهم بالذنب، ثم إيجاد طريقة لتبديد هذا الشعور بالذنب عنصران أساسيان لشفائهم.

قال مندوب مبيعات يبلغ من العمر ٤٦ عاماً: "لقد فقدت حماسي لكل شيء. على مدار العامين الماضيين، لم يفلح أي شيء. كنت أؤجل إجراء الاتصالات، فخسرت الزبائن نتيجة لذلك. وفي العطلات الأسبوعية وأنا في البيت، أشعر بإرهاق شديد لدرجة

أنني لا أقضي أي وقت مع أولادي. أما أنا وزوجتي فنادراً ما نتحدث معاً. وعندما يحدث هذا، غالباً ما ينتهي الحوار بمشاجرة". مع استكشاف الرجل لمصادر تعاسته خلال العلاج، كشف أنه كان على علاقة غير مشروعة بسكرتيرة أحد زبائنه لمدة عامين تقريباً. وقال: "لا يمكن أن يكون ذلك هو سبب ما أعانيه. في الحقيقة، هذه العلاقة هي المتعة الوحيدة في حياتي. وفوق ذلك، ما الغريب في الأمر؟ الجميع يعبثون".

استغرقه الأمر شهوراً عديدة قبل أن يتمكن من إقناع نفسه أن العلاقة الجنسية غير المشروعة بالنسبة له -وبغض النظر عما يفعله الآخرون أو لا يفعلونه- تثير شعوره بالذنب. كان سلوكه يتناقض مع تنشئته؛ إذ ارتاد مدارس دينية وهو طفل، وحتى أوائل العشرينات من عمره، كان يشارك بحماس في الأنشطة الدينية. كما أنه لم يمارس الجنس أبداً مع أحد قبل الزواج.

لقد التزم بالقواعد الصارمة القاسية التي فرضتها خلفيته الدينية حتى اضطرته مطالب أخرى في حياته -خاصة في العمل- لتقديم تنازلات. بدأ يتخلص تدريجياً من القيم المغروسة فيه. كان يشرب كأساً من الخمر بين حين وآخر. وكان يتقاضى رشوة أحياناً. "الجميع يفعلون ذلك. ولا يستطيع المرء العيش إذا لم يفعل". كان يتجاهل وخزات الذنب العابرة. ومع بلوغه منتصف الثلاثينات، كان ينظر إلى الدين باعتباره "عقبة حقيقية في طريق النجاح". وإلى أن بدأ علاقته المحرمة، كانت حياته العائلية هادئة نسبياً. وبعد ذلك، ونتيجة شعوره غير المدرك بالذنب، حولها إلى ساحة قتال.

تساءل قائلاً: "الآن وقد أدركت شعوري بالذنب، ما الذي أستطيع فعله؟ من المؤكد أنني لن أعود إلى طريقة تفكيري منذ ٢٠ عاماً". كان في مواجهة خيارين: إما أن يعدل نظامه القيمي فيما يتعلق بالإخلاص في الزواج، وإما أن ينهي علاقته غير المشروعة ويحاول تحسين حياته في البيت. وقد اختار إنهاء العلاقة غير المشروعة. ولكن هذا لم يكن خياراً سهلاً. كان يشك في قدرته على الاحتفاظ بشعوره بالرضا عن مجموعة قيمه الأصلية، بينما هو محاط بالتساهل والانحلال الجنسي من كل صوب.

القيم الثقافية

الثقافة الغربية مفعمة بقيم محيرة ومتناقضة. تأمل ردود الأفعال تجاه قرار المحكمة العليا الأمريكية بمشروعية الإجهاض. هناك من يعتقدون أن الحياة تبدأ

عند لحظة الحمل وأن الإجهاض جريمة قتل. وآخرون يشعرون أن هناك مبررات طبية ونفسية قوية لإجراء عمليات الإجهاض في حالات معينة. وهناك فريق ثالث يشعر أن المشرعين الذكور لا حق لهم في أن يقرروا تعسفياً ما يمكن للمرأة أن تفعله أو لا تفعله بجسدها. وهناك جماعات معينة تصر على ضرورة إتاحة كافة المستشفيات لإجراءات الإجهاض حتى وإن كانت مملوكة ومدارة من قبل جماعات دينية معارضة للإجهاض.

إن كل شيء تسبب في اقتراب الثقافات والناس من بعضهم البعض وصنع اتصالاً مباشراً بينهم -من التليفزيون إلى الطائرات النفاثة- يضع الفرد أمام قدر هائل من الخيارات المتاحة والمتعارضة في طريق القيم. ونتيجة لذلك، يصبح من الصعب أن نعرف ما الذي نشعر بالذنب حياله. وهذا بدوره يؤدي إلى تخدير إحساس المرء الشخصي بالمسئولية.

يا له من تناقض مع عالم فرويد! لقد وضع المحللون الأوائل نظرياتهم في فترة من القيم المستقرة نسبياً. لقد كانوا يستطيعون دراسة الأفراد مقارنة بخلفية من التأثيرات البيئية المستقرة. واستطاعوا مساعدة المرضى بإطلاق الأنا الخاصة بهم من القيود الموضوعة عليها من قبل الأنا العليا الصارمة الشديدة، دون أن يضطر المرضى حينئذ للعيش في عالم كعالمنا الذي لا يفرق بين الشعور العصابي بالذنب والشعور الحقيقي بالذنب، والذي غالباً ما لا يستطيع التفريق بين من يحققون ذاتهم والمعتلين الاجتماعيين.

علق رئيس إحدى الجامعات بقوله: "هناك شيء يصيب هذا المجتمع بالشلل. فبين تشوش القيم من ناحية والبيروقراطيات الهائلة من ناحية أخرى، يجب أن تكون معتلاً اجتماعياً أحياناً لإنجاز أي شيء. بخلاف ذلك، لن تنال إلا الإحباط والإعاقة".

المعتلون اجتماعياً التقليديون لا يهتمون باحتياجات الآخرين أو حقوقهم؛ فهم يسعون إلى تحقيق غاياتهم الشخصية فقط، غالباً بالاستفادة من الناس واستغلالهم. إنهم لا يعرفون الشعور بالذنب. روى نائب رئيس إحدى شركات الإنتاج السينمائي الكبرى -في محاولة لأن يكون فكاهياً- القصة التالية للطبيب النفسي الذي يعالج زوجته، والذي لم يزره إلا بعد أن أقدمت زوجته على محاولة جادة للانتحار.

"كنا في لوس أنجلوس لبضعة أيام. كانت رحلة عمل للاهتمام ببعض العقود. أردت أن أري عملاءنا بعض اللهو، فأتيت بفتاة شقراء جميلة ولكنها متأخرة عقلياً قليلاً، ووعدتها بأن أعطيها دوراً في أحد الأفلام إن هي سمحت لنا بممارسة الجنس معها. فعلت ذلك. وكم كانت دهشتها حين قلت لها اغربي عن وجهي!".

هذا التنفيذي كان معتلاً اجتماعياً. في حياته اليومية، كان الآخرون يرونه رجل أعمال نشطاً ذكياً مفعماً بالحيوية، ويعرف كيف يكسب المال. إن النظر لمعتل اجتماعي باعتباره بطلاً ليس بالأمر المربك فقط، بل هو خطير. ملايين الناس فقدوا الإحساس بالذنب وفقدوا معه الوظيفة الوقائية الطبيعية التي يؤديها الشعور بالذنب. وهم غالباً لا يستطيعون استعادته إلا بعد أن يضطرهم اكتئاب حاد إلى التعامل مع قمعهم للضمير.

والشعور بالذنب ليس مصاحباً دائماً للاكتئاب، ولكنه يحدد بقوة نوعية الاكتئاب عندما يكون موجوداً. بالنسبة لكثير من الناس، يعني التعامل مع الاكتئاب بنجاح العودة للإحساس المشروع بالذنب.

هناك أيضاً حاجة ملحة لأن يحدد المجتمع الأمريكي ويوضح القيم الأساسية التي يمكن أن يحيا بها أفراده. وكما أوضح "رولاند بي. جيتلسون" في مؤتمر حول "القيم الأخلاقية في التحليل النفسي":

> في الطب البدني، يدرك الطبيب المعالج أن هناك قوانين فيزيائية معينة للطبيعة وللطبيعة البشرية، مثل القوانين التي تتعلق بالتغذية والتدريب البدني وغيرها. وبينما يعرف الطبيب أن هذه القوانين مطلقة، وملازمة للطبيعة ومن سماتها، فإنه يعرف أيضاً أنها نسبية من حيث تطبيقها على الأشخاص المختلفين وفي المواقف المختلفة؛ فهي لا تنطبق على كل شخص بنفس الطريقة تماماً....
>
> ألا ينطبق الأمر ذاته على القيم والقوانين الأخلاقية؟ ... هناك قيم وقوانين أخلاقية معينة [في إطار الثقافة] يستحيل أن تتحقق الصحة والسعادة الحقيقيتين إلا بالخضوع لها والانسجام معها.

الفصل ١١

❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖

النجاح مجازفة

كثيراً ما يشار إلى الاكتئاب على أنه "مرض النجاح". فكثيراً ما يحدث عندما يحقق الطبيب شهرة في مجاله، ويصل رجل الأعمال إلى منصب نائب الرئيس التنفيذي في شركته، ويفوز المخترع أخيراً بقضية براءة اختراعه أن تتغير حياتهم وتنقلب رأساً على عقب وينقض عليهم الاكتئاب.

أكد "مبدأ بيتر" أن كثيراً من الناس يرقون إلى مستوى أعلى بدرجة من قدراتهم، وبعد هذه الترقية، يستقرون عند مستوى من عدم الكفاءة. وهناك بديل لهذا المفهوم. فالترقية يمكن أن تتسبب في الاكتئاب، ويؤدي الاكتئاب إلى عدم الكفاءة. فعندما يحقق الناس الأهداف التي كانوا يسعون إليها، ترتفع احتمالات إصابتهم بالاكتئاب ارتفاعاً حاداً.

النجاح غالباً ما يجلب معه تغيرات كبرى -اجتماعية، واقتصادية، وأحياناً جغرافية- بالإضافة إلى مسئوليات أعظم وضغوط أكبر. وكثير من الأفراد -نتيجة إحساس عميق بالذنب- يحسون لاشعورياً أنهم لا يستحقون ما حققوه، ويتحولون إلى محاولة تقويضه وتدميره. وبالنسبة لجميع الناس، يؤدي تحقيق هدف كبير في الحياة إلى تنشيط عملية إعادة تقييم الجدارة الشخصية والاتجاه.

بقدر استمرار المجتمع في التحرك صعوداً، فإن تحقيق النجاح وامتلاك بعض الأدلة الخارجية على القيمة الشخصية يعتبران حاجة ضرورية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بتقدير الذات. وسواء كان الهدف منصباً أعلى في الشركة، أو دخلاً أكبر، أو الانتهاء من أطروحة أو كتاب، أو أن يكون المرء رياضياً بارعاً، أو الفوز في منافسة سياسية، فهناك دائماً تعزيز لتقدير الذات من خلال تحقيق هذا الإنجاز، ودرجة من لوم الذات على عدم تحقيقه.

المفارقة أنه كلما اعتمدت نظرة الشخص لنفسه بدرجة أكبر على الأدلة الخارجية على النجاح والإنجاز، كانت إنجازاته أقل إشباعاً. وصف عالم باحث طموح نضاله مع الطموح كما يلي: "منذ أن كنت طفلاً صغيراً وأنا أشعر بالتحفز للأداء بشكل جيد. كان والداي يحفزانني وأنا في المدرسة. فإذا لم أحصل على أعلى الدرجات في جميع المواد بلا استثناء، كنت أشعر بالخوف واليأس، حتى عندما كنت في سن العاشرة أو الحادية عشرة. تخرجت في كليتي بتقدير امتياز. ستظن أن هذا كان كافياً لتخفيف عدم ثقتي بنفسي. مطلقاً. كنت أتساءل ما إذا كنت سأتفوق في الدراسات العليا. كنت قلقاً بشأن ما إذا كنت سأقدم بحثاً ذا قيمة ويستحق الاهتمام. وحتى عندما حصلت على واحد من أرفع الألقاب في العلوم بعد ذلك بـ ٣٠ عاماً، كنت أشعر أنني لا أستحقه في الحقيقة، وأن العمل الذي نلت عليه هذا التكريم جاء بطريق الصدفة".

رغم أن الـ "أنا" داخل كل منا تتحدى القياس، فإن معظم الناس يبحثون في مكان ما عن طرق لقياس القيمة الذاتية بالبوصات والياردات والأقدام. ولكل مجتمع مقاييسه الخاصة، واستخدام المال كدليل لتحديد القيمة الشخصية يعتبر مقياساً تقليدياً. كتب "روبرت بيرتون" في كتابه Anatomy of Melancholy (١٦٢١) يقول:

> باختصار، كل إنسان يسعى إلى غاياته. خيرنا الأسمى هو السلع والبضائع، وهدفنا الأكبر هو المال، الذي نحلم به كل يوم، والذي يحرك قلوبنا، وأيدينا، وعواطفنا، وكل شيء. إنه ذلك الدافع القوي الذي به نكتئب، ونعلو، ونكتسب التقدير والاحترام. إنه المهيمن الأوحد على أفعالنا، وله نعدو، ونركب، ونذهب، ونأتي، ونعمل، ونتنافس كما تتنافس الأسماك على كسرة خبز تسقط في الماء. إننا لا نلقى الاحترام من أجل جدارتنا،

أو فضيلتنا، أو حكمتنا، أو شجاعتنا، أو علمنا، أو أمانتنا، أو أي درجة من الكفاءة، بل من أجل المال، والعظمة، والمنصب، والجاه، والسلطة.

إن العلاقة الوثيقة بين المال وتقدير الذات في ثقافة العالم الحالية واضحة وضوح الشمس. وليس من النادر ألا يشعر الإنسان بالسعادة إلا بامتلاك مبلغ معين من المال في حساب مدخراته. ومن الممكن مشاهدة أمزجة أفراد بعينهم وهي تتقلب مع صعود وهبوط سوق الأوراق المالية. ونظراً لأن المشكلات المالية الشخصية كثيراً ما تكون حقيقية ومباشرة، فكثيراً ما يصعب علينا أن نوضح في العلاج العنصر العاطفي القوي الذي أدخله الناس في إدراكهم للمال، حتى وإن كانت لا علاقة له بحقائق الموقف.

كثير من الرجال والنساء الناجحين تمكنوا من تأكيد ذواتهم من خلال عملهم؛ ليس من خلال إثبات القيمة الذاتية بل من خلال إثبات المواهب والقدرات. إن نظرة من قريب على تطور حيواتهم تظهر علاقة منطقية بين ما يفعلونه الآن وبين الاهتمامات والميول الطبيعية التي أظهروها في طفولتهم ومراهقتهم. رجل أعمال ناجح للغاية يتذكر أنه نظم مجموعة من المراهقين في المدرسة الثانوية لتقديم خدمة أداء الأعمال الخفيفة في بيوت الناس. كان يقوم بدور الوكيل ويتقاضى رسماً نظير معرفة المهمة المطلوبة وتحديد العامل والجمع بينهما. وبعد مضي ثلاثين عاماً كان يقوم ببراعة بنفس النوع من العمل لحساب شركة برامج الكمبيوتر التي أنشأها. وذكرت كاتبة شهيرة أن حافزها للكتابة يعود إلى سن ٩ سنوات، عندما صممت بنفسها رسوماً توضيحية لقصص الأطفال، ثم في عمر ١٢ عاماً، عندما قامت بنشر صحيفة في الحي كانت تقوم بنفسها بكتابتها، ونسخها، وبيعها من بيت إلى بيت.

من الواضح أن هناك كثيراً من الأسباب العملية التي تمنع الناس من القيام بنوع العمل الذي يناسبهم أكثر. ولكن، إذا أغفل الناس أهمية السعي وراء الاهتمامات التي تنسجم مع شخصيتهم عندما يتاح لهم قدر من الاختيار، فسوف يجازفون بفقد الرضا والإشباع. هناك أيضاً ضغوط اجتماعية قوية -وخفية في الوقت ذاته- تسبب عدم الرضا حتى لدى من وجدوا لأنفسهم مكاناً مرضياً. سيدة منزل تبلغ من العمر ٥٢ عاماً، جاءت للعلاج من الاكتئاب، كانت تشكو من نقص متزايد في تقدير الذات. قالت: "أحاول أن أكون زوجة وأماً صالحة. ولكن زوجي رجل مشغول وأولادي الثلاثة

كبروا ورحلوا. لديّ صديقة أذهب معها للتسوق. في كل أسبوع أتطوع مرتين بالعمل في دار للمسنين. أعتني بالدار وأطهو بعض الوجبات. إنني أحب الطهي".

وأردفت: "كنت أعمل في وظيفة سكرتيرة لسنوات حتى جاء الأطفال. لم أكن أستمتع بالعمل استمتاعاً حقيقياً رغم أننا كنا بحاجة للمال الإضافي. لو أنني حصلت على وظيفة الآن، فإن دخلي ودخل زوجي سيخضعان للضريبة، ولكني أشعر أنني لو لم أحصل على وظيفة، فإنني سأفقد شيئاً ما".

اتضح خلال علاج هذه المرأة أنه لم يكن لديها أبداً أي اهتمامات مهنية خاصة. والحقيقة أنها في طفولتها ومراهقتها كانت دائماً ما تحلم أحلام يقظة بأن يكون لديها بيت خاص بها، وزوج وأولاد. كانت أحلامها دقيقة وتشتمل على أدق التفاصيل مثل جمع وَصْفات الطعام، وصنع أغطية للأريكة والمقاعد، والخبز، ورعاية الزهور في حديقتها، والجلوس مع أسرتها في الأمسيات بعد تناول العشاء ليروي كلٌّ منهم ما قام به من أنشطة في يومه. "هذا ما كنت أريده دوماً. والآن وقد حصلت عليه، لماذا لا أستمتع به؟".

على مر سنوات، نما لديها ببطء ومكر اعتقاد بأن العمل المنزلي يحط من قدر المرأة، وأنه سيكون لديها خلل ما لو أنها اعترفت لنفسها أنها تستمتع بالأنشطة اليومية التي يشتمل عليها كونها زوجة وأماً وأنه ليست لديها أي رغبة في أن تعود إلى دنيا العمل.

كثيراً ما يستبدل الناس بمشاعرهم الحقيقية المشاعر التي يفترض أن تكون لديهم. اشتكى طبيب ناجح من أنه في نهاية كل يوم كان يصل إلى البيت وهو في حالة من الإنهاك، بحيث لا يكاد يكون قادراً على المشاركة في الحياة العائلية أو التفاعل. يقول: "إنه الضغط الهائل الذي أعمل تحته. أمضي طوال اليوم مع المرضى من الثامنة صباحاً وحتى السابعة مساء. لا يمكنك تحمل عبء المسئوليات الذي أحمله وتتوقع أن تكون مرحاً ونشيطاً في نهاية اليوم. وليست هناك طريقة لتخفيف هذا العبء".

اشتمل تفكير هذا المريض على مغالطتين أساسيتين. الأولى، أنه كطبيب لا يستطيع رفض توقيع الكشف على مرضى محالين إليه حتى وإن كان من الممكن أن يحيلهم إلى أطباء آخرين عندما يكون مشغولاً جداً. والثانية هي مفهوم العمل عنده؛ حيث كان يفترض أن العمل يجب أن يكون شاقاً وغير ممتع على نحو ما. وأكثر من

ذلك أنه فقد هويته كشخص في الدور الذي تقمصه كطبيب. وحيث إن تصوره للطبيب المثالي هو أنه شخص محافظ، وجاد، وهادئ، ومتحفظ في عواطفه، فقد قاوم ميله الطبيعي إلى أن يكون مرحاً وعفوياً وفكهاً وعاطفياً -حتى في حياته الشخصية- كي يتوافق مع الصورة. وبعد أن بدأ يدرك خلال العلاج أنه يستمتع حقاً بعمله ويحب مرضاه، وأن بمقدوره أن يرى حياته باعتبارها كلاً متصلاً لا منقسماً بحدة إلى أقسام، وأنه ليس مضطراً للتخفي وراء قناع من الرسمية طيلة الوقت، زاد مستوى طاقته، وصار يوم العمل يمضي أسرع، ولم يعد يشعر بتعب شديد في المساء، وتوقف عن تصنيف تجاربه الحياتية بأسلوب "عمل" و"لعب"، ووجد أن بمقدوره الانتقال من لحظة إلى أخرى بدون العبء الإضافي المتمثل في التصنيف اللاشعوري لكل لحظة من حيث الفئة المناسبة.

كثير من الذين حققوا النجاح دفعوا ثمناً له، حيث ضحوا بشيء ذي قيمة في هذه الأثناء، مثل العلاقات الأسرية والصداقات. وبمجرد أن بلغوا الأهداف التي وضعوها لأنفسهم، ربما أدركوا فجأة بألم ما فاتهم. وقد يتيح لهم الاكتئاب الذي ينتابهم فرصة لإعادة التوازن إلى حياتهم.

كانت جريس لاتسلو في التاسعة والأربعين من عمرها عندما أصيبت بالاكتئاب. كانت مصممة تجارية بارزة نالت جوائز على ما أبدعته من تصميمات للسيارات، وزجاجات المشروبات الغازية، والهياكل الخارجية للآلات الكاتبة، ثم بدأت تفقد اهتمامها بعملها تدريجياً على مدى ستة أشهر. أصبحت تؤجل أعمالها، وتؤثر العزلة، وتتجنب اللقاءات الاجتماعية. كان لديها مشروعان مهمان لم تستطع البدء فيهما. كانت تشكو قائلة: "لا أستطيع البدء. إنني فاشلة رغم كل شيء".

أظهرت جريس منذ سنوات الصبا موهبة فنية خاصة، وكرست نفسها تماماً لتنميتها. وجدت قدراً كبيراً من الإشباع في عملها. ومع نيلها مزيداً من التقدير، بدأت تحس بالنفور من أبويها وأخواتها. لقد شجعها أبوها، الذي يعمل بائعاً في متجر للبقالة، وأمها، التي تعمل سكرتيرة، على الالتحاق بمدرسة للفنون وأرادا لها النجاح. وبعد أن بدأت تتحرك في دوائر أكثر رقياً، أخذت تشعر بالحرج من سلوكيات ومظهر أبويها، وكانت تكره نفسها في الوقت ذاته بسبب شعورها بهذا الحرج. وعندما فازت بجائزة فنية مهمة، لم تدعهما إلا في اللحظة الأخيرة؛ فرفضا الحضور وهما يشعران

بأنهما غير مرغوب فيهما.

اكتشفت جريس أيضاً أنها، رغم نجاحها، لم تكن تحصل على ما كانت تأمل في أن يحققه لها النجاح؛ الشعبية والصداقة. فبسبب تفانيها في العمل في المدرسة الثانوية والجامعة، ونظراً لأنها كانت مضطرة للعمل دواماً جزئياً لسداد مصروفاتها، عاشت حياة منعزلة إلى حد ما. كانت تشعر بالوحدة، ولكنها نادراً ما فكرت في وحدتها. والأكثر من ذلك أنها كانت تشعر أنها مختلفة عن كثير من المراهقات في المدرسة. تقول: "كنت طموحة. معظمهن بدا عليهم أنهن مستعدات للرضا بنصيب من الحياة أقل بكثير مما كنت أنا مستعدة للرضا به. لم أكن مكروهة، ولكني لم أكن محبوبة كذلك. كنت أتصور أنني يوماً ما عندما أنجح سيكون لدي الكثير من الأصدقاء".

لقد أتى نجاحها بكثير من الناس إلى عالمها، ولكن بدلاً من الاهتمام بها كإنسانة، فإن معظمهم -كما أدركت بحزن- دخلوا حياتها لاستغلالها. بالنسبة للبعض منهم، كانت تعني المال. وبالنسبة لآخرين، كانت تعني معرفة شخص مشهور. لم تكن تعرف كيف تقيم علاقات شخصية وثيقة. وحتى عندما تزوجت، اختارت رجلاً انجذب إليها لا كإنسانة بل بسبب تصوره لها كفنانة أنيقة وبارزة. اختزل الزواج إلى مجادلات وغيرة ولم يستمر إلا ٤ سنوات لم يرزقا فيها بأطفال. كان الشعور بالوحدة الذي كبتته جريس في سنين مراهقتها ينقض عليها الآن بكل قوة. حاجتها الإنسانية الأساسية للحميمية لم يتم إشباعها -ولم يكن من الممكن إشباعها- من خلال إنجازاتها. النجاح الذي فصلها عن أبويها اللذين صارا الآن في سن الشيخوخة ملأها بالشعور بالذنب. شعرت أن جهودها ونجاحاتها خانتها. "إنني فاشلة حقاً. أحياناً أتمنى لو لم تكن لدي أية موهبة. لقد كلفتني أكثر مما ينبغي".

أحد العناصر التي جعلت نجاحها باهظ الثمن هو البيئة شديدة التنافسية التي تحيط بالناجحين. فهي تشجع على الوحدة وتصعب إيجاد شخص يشاركهم مشكلاتهم. وصف أحد تنفيذيي المبيعات معضلته بهذه العبارات: "عندما واجهت كثيراً من الصعوبات في البيت -حيث كانت زوجتي تعيسة واعتدنا الدخول في مجادلة تلو أخرى تنتهي بالتهديدات بالطلاق- لم أجد أحداً يمكنني التحدث إليه. في العمل، كان لدي ما يمكن أن أسميه أصدقاء العمل، ولكني ما كنت لأتحدث إليهم. كانت تجمعنا صداقة حميمة ظاهرياً، ولكن تحت السطح كانت هناك دائماً مناورات

للحصول على مراكز أفضل. وفوق ذلك، في العمل، ليس من المفترض أن تكون لديك مشكلات. الجميع لديهم مشكلات، ولكن إذا اعترفت بذلك أو أظهرته فستُنعت بعدم الاستقرار. إنها حيلة تنافسية.... ونظراً لعدم وجود من أشاركه مشاعري، أصبحت أرى كل شيء بصورة مبالغة. لم أستطع التخلص من الأشياء التي ظلت تزعجني أو رؤية الأمور في نصابها. ظللت أشعر باليأس أكثر وأكثر بشأن الأمور في المنزل، وبشأن حياتي بشكل عام".

من المحتمل أن يثير النجاح نوعاً من الحزن لأن تحقيق هدف ما يشتمل دائماً على انتهاء شيء ما. فالتخرج في المدرسة، والذي يعتبر لمعظم الناس نقطة إتمام، كثيراً ما يثير إحساساً بالضياع. وإيجاد الرجل "المناسب" أو المرأة "المناسبة" والزواج، وإلحاق آخر طفل بالمدرسة، والانتهاء من مشروع، كلها أمور تحمل في طياتها نقطة نجاح ونهاية في الوقت نفسه. الشعور بأن "الأمر انتهى" والسؤال "إلى أين أذهب من هنا؟" يتحدان لتنشيط الاكتئاب وإعادة النظر في قيمة الذات.

عندما تزوجت إديث جرين وهي في الثانية والعشرين من عمرها، كانت تعلم أن هنري لا يمتلك مالاً وأنه سيكون عليهما أن يعيشا حياة بسيطة. كانت مستعدة تماماً لتحمل بعض أشكال الحرمان وهو يتم دراسته العليا في مجال العمارة دون شكوى. قاما بتأخير إنجاب الأطفال لثلاث سنوات كانت تعمل خلالها مساعدة إدارية بالجامعة. وبعد تخرجه حصل على وظيفة جيدة لدى شركة كبرى في نيويورك. وبعد عام، رزقا طفلهما الأول.

المهندسون المعماريون الشباب لا يتقاضون رواتب كبيرة، لذلك، حصلت إديث على وظيفة بدوام جزئي ككاتبة حسابات. عاشا في شقة تتكون من غرفة نوم واحدة، وكان الطفل الوليد ينام في غرفة المعيشة. كانت تقول في نفسها: "لن يستمر هذا إلى الأبد. في غضون بضع سنين، سنكون جاهزين للاستمتاع بالحياة". في الصيف، كانا يذهبان إلى جونز بيتش، وفي الشتاء كانا يتشاركان البيتزا والمشروبات الغازية مع الأصدقاء. وبين الحين والآخر، كانا يزوران أبويها في فلوريدا. كانا يذهبان إلى السينما مرتين شهرياً، ويشاهدان التليفزيون، أو يلعبان الشطرنج في المساء. كانت إديث وهنري يعيشان "في انتظار".

في يوم ميلاده التاسع والثلاثين، صار هنري شريكاً بعد أن بات عمله يحظى

بالتقدير. الآن وقد صار يتقاضى قرابة مائتي ألف دولار سنوياً، حان الوقت لأن ينتقل هنري وإديث وولداهما اللذان التحق كلاهما بالمدرسة من المدينة للعيش في إحدى الضواحي الراقية. في غضون بضعة أشهر من انتقالهما إلى بيتهما الجديد، بدأت إديث تشعر بقدر كبير من الخوف من الخروج من المنزل. كانت لا تنعم بنومها ليلاً. ولم تكن ترغب في مقابلة أي أشخاص جدد في الجوار. أجلت تصميم ديكورات المنزل. بدأت إديث وهنري يتجادلان كثيراً حول أشياء عديمة الأهمية. سألت نفسها وهي قلقة وخائفة: "ماذا يجري؟".

لأول مرة، واجهت إديث جرين ضرورة العيش مع نفسها وأسرتها دون أن يكون بالها مشغولاً بعدم وجود مال كافٍ، أو غرف كافية، أو وقت كافٍ. جزء كامل من حياتها انتهى وذهبت معه المتع الكثيرة التي تشاركت فيها مع هنري دون أن يلحظا ذلك، لأن تركيزهما المشترك كان منصباً على "يوم أن نحقق النجاح". لقد جاءت اللحظة التي انتظرها كلاهما طوال ١٥ عاماً، ولم يكن أي منهما مستعداً لها.

قتل الاكتئاب -كما يفعل غالباً- إحساس إديث بالحماس واهتمامها الجنسي بزوجها، فبدأت تتساءل ما إذا كانت تحبه حقاً أم لا. كان سؤالاً لم تطرحه على نفسها لسنوات. هل كانت أماً جيدة؟ هل تستطيع الوفاء بالمتطلبات الاجتماعية مع الجيران الجدد؟ هل سيتمكن ولداها من التكيف مع تغيير مدرستيهما؟ الآن، وبعد أن لم تعد هناك أي حاجة لتغيير الحفاضات، أو الهرولة إلى وظيفتها ككاتبة حسابات، أو تشجيع زوجها المهندس الشاب، بدا وكأنه لا حاجة لها على الإطلاق.

إن أزواج وزوجات التنفيذيين الناجحين كثيراً ما يصبحون ضحايا للنجاح. غالباً ما يصيبهم الاكتئاب، أو يلجئون إلى الكحوليات، أو إلى مجموعة مختلفة من السلوكيات غير الصحية. أولادهم يتمردون صراحة رافضين نموذج العمل الجاد والإنجاز الذي تم تقديمه لهم مؤثرين عليه ترك الدراسة من أجل "فعل ما يشاءون". قالت إحدى المراهقات: "لا أستطيع احتمال الشعور بالذنب حيال والديّ. أمي تشرب الكحوليات، وأبي دائماً متعب وسريع الغضب وهو في البيت. إنه يسافر كثيراً. حاولت أن أتحدث معهما ولكنهما لا يصغيان. إنهما يمتلكان كل ما حلما به يوماً: بيت جميل لا أبالي برؤيته ثانية أبداً، بالإضافة إلى النادي، والأصدقاء. أبي يعمل تنفيذياً كبيراً في شركة سيارات. ولكن عملهما وجهدهما لم يجعلهما سعيدين. أظن أنهما كانا

أسعد عندما لم يكن لديهما الكثير. لا يبدو أنهما قادران على مواجهة نفسيهما. أعرف أن الخطأ ليس خطئي، ولكني أشعر أنه خطئي على نحو ما؛ لذلك لا أستطيع احتمال التفكير فيه أكثر من ذلك. لا أدري ما نوع الحياة التي أريدها، ولكني يقيناً لا أريد حياتهما!".

في عملية التشكيك في رموز المكانة في المجتمع والتنافسية التي غمس الآباء أنفسهم فيها، رفض كثير من الشباب -وهم يتخبطون بحثاً عن أهدافهم- أهداف الآباء وأجبروهم على إعادة النظر في تعريف النجاح. علق تنفيذي مكتئب واصفاً المواجهة التي دارت بينه وبين ابنه البالغ من العمر ٢٠ عاماً بقوله: "في البداية، غضبت منه بسبب مواقفه من المدرسة. كان يتسم بالغطرسة وهو يحدد ما ينبغي وما لا ينبغي تدريسه -من وجهة نظره- بدلاً من أن يدرك أن المعلمين الذين يمتلكون من الخبرة أكثر بكثير مما لديه هم الذين يتخذون تلك القرارات. ولكن غضبي لم يفلح إلا في زيادة الوضع سوءاً؛ لقد كف عن الحديث معي عن أفكاره. كنت أريده أن يكون من أصحاب المهن الراقية، المحاماة أو الطب مثلاً. ظل يأتي بكافة أنواع الأفكار المجنونة. يوماً ما، كان يريد أن يكون طاهياً، وفي اليوم التالي، كان يريد أن يدير مزرعة. وكلما سعيت أكثر لتقويمه، صار أصعب مراساً. وأخيراً، أقلعت عن المحاولة. كان الأمر كما لو أن رفضه الاستماع إلي يعني ضمناً أنني فاشل، كما لو أن كل الجهود التي بذلتها كي أكون شيئاً -علماً بأن أبي كان عاملاً يدوياً- ذهبت سُدى".

يحدث الاكتئاب عموماً، سواء أثارته الصراعات مع الأولاد أو حدث آخر، عندما يبلغ الناس الأهداف التي ظلوا يناضلون لتحقيقها. حينئذ يتحتم عليهم أن يعيدوا النظر في من يكونون، وفي الغرض من حياتهم، وإلى أين سيذهبون من تلك النقطة التي وصلوا إليها.

الفصل ١٢

❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••

الاعتماد: توازن دقيق

الشعور بالعجز الذي يصاحب الاكتئاب شيء مخيف. ففي لحظات الاكتئاب الشديدة، قد لا يكون المرء قادراً على تنفيذ المهام العادية التي يمكن عادة أداؤها بسهولة. إحدى النساء، بينما كانت تغادر مكتب المحامي في قضية طلاقها اضطرت لأن تطلب من سكرتيرته مصاحبتها إلى قطار الأنفاق، الذي كانت تستقله طوال عشر سنوات بمفردها. ومدرس بالمرحلة الثانوية لديه خبرة تمتد لسنوات وجد أنه لا يستطيع تحضير الدروس أو تصحيح الامتحانات نتيجة ضعف شديد في قدرته على التركيز.

العجز يعمق المزاج الاكتئابي، مما يجبر الناس غالباً على الاعتماد على من حولهم. ويحل الاحتياج محل الرغبة. فتنفيذي الأعمال الذي يشعر -عندما يكون في حالة مزاجية جيدة- بأن لديه خيارات كثيرة في حال لم يشعر بالرضا عن وظيفته وقرر تركها، عندما يصاب بالاكتئاب، يشعر بأنه إذا فقدها لا يمكنه أبداً أن يجد غيرها. شابة مكتئبة مقتنعة أن خطيبها الحالي هو الشخص الوحيد الذي يستطيع أن يحقق توقعاتها الرومانسية في الزواج، ويرعبها احتمال أن يتركها.

أحد الأسباب التي تجعل الاكتئاب يزيد مشاعر العجز والاعتماد هو كثرة كبت

الغضب والسخط. وكلما أصبح الناس أكثر اعتماداً، زاد غضبهم تحت السطح بينما يناضلون ضد عجزهم. وحيث إنهم يواجهون متاعب في إطلاق غضبهم وإظهار عدوانيتهم، يزيد السخط المتصاعد من حدة عجزهم. كثيراً ما يلاحظ الأطباء النفسيون زيادة مستمرة في الحيوية والثقة بالنفس بين المكتئبين مع تعبيرهم عن غضبهم وتحرير عدوانيتهم. قال أحد المرضى: "بدأت العلاج وأنا لا أقوى على فعل أي شيء. لم أكن أستطيع التركيز. لم أكن أستطيع التعبير عن أفكاري بفعالية. لم أكن أستطيع إنجاز أي شيء. وخلال عدة أسابيع، بدأ هذا السخط عديم الشكل يظهر شيئاً فشيئاً. كنت أطبق قبضتي وأضرب بعنف على ذراعي المقعد. وفي كل مرة أفعل فيها هذا، كنت أشعر أنني أتحرر أكثر من قيد داخلي وأنني أكثر ثقة بنفسي".

تنشط مشاعر العجز بسهولة عندما تصبح حاجات الاعتماد شديدة القوة. وكثيراً ما يكون هذا أساساً للاكتئاب. وأحد الأسباب الشائعة للاكتئاب هو الفقد. وكلما كان اعتماد الأفراد أشد على الشخص أو الأشياء التي فقدوها، صاروا أكثر اكتئاباً.

الاعتماد المتبادل

في مواقف الاعتماد الشديد، يمكن أن تكون الخطوط الفاصلة بين الشخصين المعنيين ضبابية غير واضحة فعلياً. مثل هذا الاعتماد المتبادل طبيعي في فترة الطفولة المبكرة، عندما يكون الرضع في الشهر الثالث من العمر غير قادرين بعد على التمييز بين أنفسهم وأمهاتهم ككيانات مستقلة. ويبقى أثر معين من هذا التشوش لدى معظم الناس، وقد يعاد تنشيطه في تجربة الحب. فعبارة "لا أستطيع العيش بدونك" ربما تكون علامة على عمق وصدق الشعور الذي يكنه شخص لآخر. أو ربما يكون المقصود هو معناها الحرفي بمعنى أن قوة الأنا لدى شخص تحتاج إلى الحب والاستحسان المستمرين من الآخر. وكأن هناك شيئاً مفقوداً في الشخصية التي لا تكتمل إلا عندما يوفر شخص آخر حلقة الأنا المفقودة.

مثل هذا التشابك الشديد يميز ما صار يعرف باسم "الاعتماد المتبادل" الذي كثيراً ما نراه في الأشخاص الذين تتعلق حياتهم بإدمان بعض أفراد الأسرة للكحوليات والمخدرات. مثل هؤلاء الأفراد عالقون في جهود محبِطة وعديمة الجدوى

لتلبية الحاجات النهمة لهؤلاء الأشخاص المدمنين؛ وهو فخ غالباً ما لا يكونون قادرين على الإفلات منه دون قدر هائل من الشعور بالذنب. على نحو ما، تبدو هوياتهم معتمدة على هذا الارتباط. ثمة حالة مماثلة نراها بين الأطفال البالغين أبناء مدمني الكحوليات. والنتيجة المحتومة لأصحاب الاعتماد المتبادل هو الاكتئاب.

هنا تصبح حساسية الأشخاص الذين يعتمد إحساسهم بذاتهم على شخص آخر واضحة تماماً. فمن أجل الاحتفاظ بالعلاقة، كثيراً ما يبذلون كل ما في وسعهم ويعرضون أنفسهم لكافة أنواع الإساءة والسلوك المهيمن من جانب الشخص الذي يعتمدون عليه، وذلك في مقابل أمان الاعتقاد بأن الشخص الآخر سيكون "موجوداً دائماً". وإذا انسحب ذلك الشخص أو رفضهم، فإنهم لا يتعاملون فقط مع فقد علاقة وثيقة ذات مغزى، وإنما مع تعطل نظام أصبح ضرورياً للحفاظ على إحساسهم بهويتهم واكتمالهم.

تقول امرأة شابة: "كنت متيمة حقاً ببيتر. عندما أكون معه، أشعر بمشاعر رائعة. بقية حياتي ليس لها معنى إلا بوجوده. عندما كان يسافر في رحلة عمل أو زيارة قريب، كنت أشعر بالضياع والوحدة. كنت أعرف أنه يحبني. ولكني كنت أحتاج إلى طمأنة مستمرة لحبه. لم أكن أستطيع النوم. كنت أشعر بالألم في كل جزء من كياني، وكان يروعني احتمال أن يتركني يوماً ما".

وتستطرد قائلة: "لقد فعل ذلك ذات يوم. ليس فجأة. بدأ يبتعد عني شيئاً فشيئاً. شعرت بيأس شديد. كنت مقتنعة أنني لن أجد أبداً شخصاً آخر يمكنني أن أحبه على هذا النحو. كنت أحتاج إليه. لم يكن بمقدوري أن أستمر في حياتي بدونه. وذات ليلة، وبعد أن أنهى المكالمة ووضع سماعة الهاتف، تناولت جرعة زائدة. إنني لم أكن أساوي شيئاً بدون بيتر".

الخوف من الاعتماد

الاعتماد الذي يشتمل على فقد الذات يعتبر مفرطاً. فالشخص العادي يعتمد بدرجات مختلفة على الأشخاص والأشياء في دنياه. أما كيفية تعامله مع حاجاته الاعتمادية فتتحدد خلال الطفولة. يؤكد إريك إريكسون أن واحدة من أولى السمات التي يجب أن ينميها الأطفال في بيئتهم هي الثقة؛ الثقة التي تنشأ عن إمكانية التنبؤ.

إنها ترتكز على وضوح الرسائل الشفهية وغير الشفهية التي أوصلتها لهم أسرهم. إن قدراً كبيراً من عدم الأمان في بيئة الأطفال -لاسيما عندما يكون عدم الأمان هذا نابعاً من القلق والازدواجية من قبل أمهاتهم- يخلق شعوراً بأن "لا شيء ولا أحد يمكن أبداً الوثوق به فعلاً".

وفقد الثقة هذا يولد صعوبات خطيرة تؤثر على حاجات الاعتماد الطبيعية. فبدلاً من قدرة البالغين على السماح لأنفسهم بالاحتياج للآخرين مع وضع حدود لهذا الاحتياج، فإن البالغين الذين يخرجون من بيئة كهذه ينحرفون عادة إلى موقف متطرف، إما باحثين عن الإشباع الكامل -غير الممكن تحقيقه- لحاجات الاعتماد التي لم تتم تلبيتها، وإما رافضين كافة الفرص المتاحة للاعتماد الصحي، متبنين فلسفة تقول: "كل امرئ يجب أن يكون مستقلاً تماماً ومسئولاً عن نفسه طيلة الوقت".

كان مارتن شراينر يبلغ من العمر ٤٩ عاماً عندما أصيب بأول نوبة قلبية. حتى ذلك الوقت، كان دائماً رجلاً نشطاً شديد العناد. كثيراً ما كان يعمل في الليل وفي العطلات الأسبوعية، ويكثر من الأسفار لمقابلة العملاء بصفته مدير المبيعات بشركة تصنيع كبرى. لم يفكر أبداً في تفويض أي مسئوليات كبيرة لأي من كبار مساعديه، ومعظمهم كان يعتمد عليه إلى أقصى درجة. كان يؤكد قائلاً: "إذا لم أقم بالعمل بنفسي، فلن يتم إنجازه أبداً بالشكل الصحيح".

نصحه طبيبه بأن يجري تغييرات معينة في طريقة معالجته للأمور إذا كان يريد التمتع بصحة جيدة: تخصيص بعض الوقت للراحة كل يوم، والاعتماد على آخرين في القسم في أداء المهام التي لا تحتاج إلى تقديره أو خبرته. وبسبب خوفه غير المعروف من الاعتماد على أي شخص ورفضه لذلك، أنكر العلاقة بين توصيات الطبيب وبين حالته. وفي غضون عام واحد، تم نقله إلى المستشفى إثر إصابته بنوبة قلبية ثانية.

قدرة المرء على قبول درجة معينة من الاعتماد تحدد المدى الذي يصل إليه في تقبل المرض البدني والمشكلات العاطفية والتعامل معها. فمن لديهم مصلحة في إنكار وجود حاجات الاعتماد العادية يتعرضون لتهديد شديد عندما لا يستطيعون التأثير في الظروف المحيطة بهم والسيطرة عليها. وعندما يصاب هؤلاء الأفراد بالاكتئاب، يمكن لمشاعر العجز أن تتصاعد بسرعة كبيرة. والبطء ونقص التركيز الأوليان قد لا يكونان شديدين في حد ذاتهما، ولكن الاستجابة لعدم القدرة على الحفاظ على

السيطرة والشعور بفقد السيطرة يمكن أن تفاقم المزاج الاكتئابي بسرعة، بصورة تصل إلى حد الرعب أحياناً.

كثير من الناس مرتبكون بشأن مفهوم الاستقلال، حيث يعتقدون أنه يعني ضمناً التحرر الكامل من أي حاجات اعتماد. والاعتماد الحقيقي على النفس يتطلب تقديراً معقولاً لحقيقة أنه، مهما كانت فعالية الناس وثقتهم بأنفسهم، ستأتي عليهم أحيان ومواقف يتعين عليهم فيها الاعتماد على شخص آخر. والحاجة المفرطة للاستقلال تمنع كثيراً من الناس من الحصول على إرشاد مهني أو شخصي عندما يحتاجون إليه.

كانت أليس دونارد تخشى جداً الاعتماد على الآخرين، لدرجة أنها عندما زارت المعالج لأول مرة بناءً على إصرار زوجها، لم تستطع الجلوس أكثر من ٥ دقائق متتالية. كانت تقول: "أفكر بشكل أفضل وأنا واقفة. أحب أن أتمشى وأنا أتكلم". وأصرت على ترك المقابلة قبل أن ينتهي وقتها وأخبرت المعالج أنها ستتصل به لتحديد موعد آخر. وعندما اتصلت به، أدخلته في نقاش مطول حول الأوقات الملائمة لكليهما.

كان زوجها قد طلب منها أن يستشيرا خبيراً في الشئون الزوجية بعد أن رأيا أن حياتهما معاً مرتبكة وكئيبة. فعلى مدار عام أو أكثر قليلاً منذ زواجها من فيليب وهي تتأرجح بين الغضب والنقد من ناحية والحب والعطاء من ناحية أخرى.

كانت أليس قد وجدت علاقتهما على مدار ثلاث سنوات من الخطبة قبل الزواج ممتعة ومتوافقة على كافة المستويات، ولكن بمجرد أن تزوجا، لم تستطع التعامل مع مشاعر الالتزام تجاه فيليب والاعتماد عليه. وضعت جدولاً صارما لمسئوليات حياتهما معاً. قالت ملخصة الموقف: "كل شيء في زيجتنا يجب أن يقوم على المناصفة. سوف نزور أسرتك في إحدى العطلات الأسبوعية مرة واحدة شهرياً، ونزور أسرتي في عطلة أخرى مرة واحدة شهرياً أيضاً". وافقها فيليب في رغباتها، ولكنه لمح المشكلة الكامنة لأول مرة ذات ليلة وهما في حالة جماع حين قال لها بصوت رقيق: "أشعر أننا شخص واحد". فأجابته قائلة: "دعنا نوضح أمراً. أنا لا أحب هذا الحديث عن الوحدة. نحن فردان منفصلان. كما أنني أعتقد أنك تعتمد عليّ أكثر مما ينبغي".

أحس فيليب بخيبة الأمل. وكلما حاول توضيح فكرة أن شخصين عاشقين لديهما حاجة مشتركة لأحدهما الآخر لا يمكن قياسها رياضياً، زاد إصرارها على أن

اعتماده عليها شيء غير سوي. بدأ هجوماً مضاداً نتيجة إحساسه بالجرح والغضب. وعلى مدار الشهور التالية، صرخ في وجهها عدة مرات قائلاً: "إذا لم تكن تعجبك هذه الطريقة، فلتحزمي حقائبك وترحلي". وفي أحيان أخرى، ونتيجة شعوره باليأس أكثر وأكثر، كان يتوسل إليها قائلاً: "إنني بحاجة إليك يا أليس. أنا أريدك. أنا لا أفهم لماذا تصرين دائماً على رفض فكرة المشاركة".

كانت أليس تخشى المشاركة. فطوال عمرها الذي لم تشعر فيه بالأمان، تعلمت الاعتماد على نفسها فقط. فعندما كانت في الرابعة من عمرها، راح أبواها ضحية حادث سيارة، فتنقلت هي وأخواها بين العديد من الأعمام والعمات. وببلوغها سن ١٦ عاماً، كانت فتاة مكتفية ذاتياً، مستقلة إلى أقصى درجة، ومثار إعجاب صديقاتها واحترام معلميها، ليس من أجل تفوقها الدراسي فحسب، ولكن أيضاً من أجل عملها بعد المدرسة وخلال الصيف لتعول نفسها. وعندما التقت بفيليب، كانت تعمل مشرفة بشركة الهاتف، حيث كانت تتخذ القرارات بسهولة وتشعر أنها على معرفة تامة بمسئولياتها ومتطلبات وظيفتها.

وطالما كانت أليس محتفظة بعلاقاتها بالرجال سطحية إلى أقصى حد، كانت تشعر أنها بخير. كانت تميل لمصادقة من هم أقل منها عقلياً وكانت دائماً تمتلك زمام السيطرة على العلاقة. ولم تدخل في علاقة رومانسية مع رجل سوى مرة واحدة فقط قبل أن تلتقي بزوجها. وهنا ظهر تأرجحها وهي تناضل بين الاحتياج إليه والخوف من رفضه، والتمرد على العلاقة وإنكار أهميتها. وفي النهاية توقفت عن مقابلته بصورة مفاجئة.

وعندما قررت أن تتزوج وهي في سن ٣٤ عاماً، لم يكن ذلك فقط بسبب أنها أحست أنه حان الوقت لأن تتزوج؛ فقد كانت أيضاً تظن أنها وجدت رجلاً يمكنها الوثوق به، رجلاً سيحترم حاجتها إلى الاستقلال ويعطيها في الوقت نفسه الحب والدعم اللذين تريدهما. ومع الأسف، أخطأت في تقدير درجة تصادم حاجتها إلى الاستقلال مع أي التزام دائم تجاه رجل. لم تفكر في أن عجزها عن الاعتماد على زوجها بدرجة ما، أو السماح له بالاعتماد عليها، سوف يسفر عن خلل خطير في علاقتهما ويحول حاجاته الاعتمادية، الطبيعية في ظروف أخرى، إلى محاولة بائسة محمومة لنيل حبها.

الاعتماد في الزواج

تنطوي معظم الصراعات التي تدور بين الأزواج على خلط في معنى الاعتماد تعززه افتراضات تقليدية -بالية- بأن الاعتماد سمة متعلقة بالجنس. فالنساء يفترض أن تكون لديهن حاجات اعتماد. والرجال يحرمون من حق الاعتماد على غيرهم. فالمبادرة وتقرير المصير ليسا من صفات الإناث. أما الاحتياج إلى شخص آخر فليس من صفات الذكور. رغم أن جهود التوعية لحركة تحرير المرأة فعلت الكثير للمساعدة في تغيير بعض المفاهيم الخاطئة حول الأنوثة، مازالت هناك عقيدة راسخة بعمق بأن الذكورة تعني ضمناً نوعاً من القوة تحول دون المرور بلحظات من العجز.

في بعض الحالات، يحدث تحول ثابت في توازن الاعتماد بين الزوج والزوجة مع مر السنين. وفي حالات أخرى، تكون حاجات الاعتماد من جانب واحد أو الاعتماد المتبادل قوية للغاية في البداية. تشكل الحميمية في الزواج أو في أي علاقة حب أرضاً خصبة للاعتماد الشديد من قبل هؤلاء الأشخاص لدرجة قد تسفر عن فقد الشخصية الفردية. قالت امرأة تبلغ من العمر ٢٩ عاماً مضى على زواجها أقل من ٦ أشهر: "فقدت اهتمامي بفعل أي شيء بدون زوجي. كنت معتادة على لعب التنس، ومقابلة صديقاتي، والذهاب إلى السينما بمفردي. وقبل أن نتزوج، تركت وظيفتي للبقاء في البيت والاعتناء بديكوراته. ولكني الآن لا أريد فعل أي شيء. لم أتصل بأي صديقة منذ شهور. أشعر بالتعب طوال الوقت. أشاهد التليفزيون في النهار، ولكني في المقام الأول أكون في انتظار عودة بيرت إلى البيت. هو يحب لعب الجولف في العطلات الأسبوعية. وأنا أبغض ذلك. أشعر بوحشة شديدة عندما لا يكون معي". عندما تكون معه، تشعر بالحيوية والنشاط. وفي غيابه، تفقد الدافع والهدف. لم تكن تدرك إمكانية أن تكون شديدة الاعتماد على غيرها طالما لم تكن على علاقة عاطفية بأي شخص.

الاعتماد في مكان العمل

نفس النوع من الاعتماد المفرط يمكن أن نراه في مواقع العمل. التربية التي تلقاها بل فوليت جعلته شديد الاعتمادية، في البداية، كان يعتمد على استحسان معلميه، وبعدئذ على استحسان رؤسائه في العمل. كان يعمل مديراً للدعاوى بإحدى شركات

التأمين الكبرى. كان رئيسه المباشر نائباً لرئيس الشركة، وهو رجل متقلب المزاج كثير المطالب، وكان يقدر جدارة بل، ولكنه كان في الوقت نفسه يوجه إليه كثيراً من النقد. في مرات عديدة، وصلت به الحال إلى منع انتقال بل إلى منصب أفضل داخل الشركة كي لا يكلف نفسه عناء إيجاد بديل له. أخذت حالات بل المزاجية في التقلب متأثرةً بشدة بالحالات المزاجية لرئيسه. ورغم إحساسه بالسخط عندما علم أنه فاتته عدة ترقيات بسبب تدخل رئيسه، واصل العمل في وظيفته واستمر في الاعتماد إلى حد بعيد على كلمة ثناء عَرَضية ينالها من حين لآخر. فكر أحياناً في ترك الشركة، ولكنه لم يجد أبداً الوقت ولا الطاقة اللازمين للبحث عن وظيفة أخرى. كان يقول في نفسه: "لا يبدو أنني قادر على ترك الشركة. يبدو الأمر وكأنه ليس لدي خيار آخر".

الاعتماد المفرط يتسبب في فقد الثقة بالنفس وفي الإصابة باكتئاب مزمن. والاعتماد له طريقته في التغذي. فكلما نال بل فوليت تقديراً شحيحاً من رؤسائه، زادت شهيته للتقدير.

الاعتماد ودخول المستشفيات

كثيراً ما يفقد الأشخاص الذين يدخلون المستشفيات لفترات طويلة -سواء بسبب مشكلات بدنية أو عاطفية- الإحساس بالكفاءة الذي كانوا يتعاملون به مع الحياة من قبل. وقد ارتكزت الجهود التي بذلت مؤخراً لتقليل إقامة مرضى الاضطرابات الانفعالية في المستشفيات على ملاحظة أن الإقامة في المستشفيات لفترات طويلة تفاقم الإحساس باليأس الذي ينشط في الأصل بفعل خوفهم واكتئابهم. فبعد شهور من الابتعاد عن الحياة العادية، قد يصبح الناس مهيئين تدريجياً لروتين قليل المطالب لدرجة أنهم يفقدون الثقة بقدرتهم على التعامل مع الأمور اليومية. تصبح الحياة اليومية خارج المستشفى غير حقيقية. إنهم يركزون أكثر على تفاصيل المعيشة في المستشفى. وغالباً ما يخشون أول خروج لهم من المستشفى. "هل يمكنني النجاح؟ هل سأنهار؟ هل أريد الخروج حقاً؟". ورغم أوجه الحرمان التي تتسم بها المعيشة في المؤسسات العلاجية، يبدو الأمر وكأنهم بحاجة للفطام منها ليعتمدوا على أنفسهم من جديد.

ويمكن أن نرى مشكلة علاجية مشابهة في رعاية المسنين. فماداموا موجودين

في محيط مألوف وقادرين على التعامل مع مطالب الحياة اليومية، يستطيع المسنون عادة أن يقوموا بوظائفهم جيداً. وإذا أصيبوا بمرض بدني غير متوقع اضطرهم إلى دخول المستشفى أو دار للمسنين، أدى هذا إلى تدهور سريع في قدرتهم على تدبر شئونهم فيصيرون اعتماديين بشدة على الممرضات في كثير من الأمور التي كانوا يتولون أمرها بأنفسهم من قبل. وإذا استمرت حالة الاعتماد الإجباري هذه لفترة أطول مما ينبغي، فسيجد كثير منهم أنه من المستحيل العودة مرة أخرى إلى مستوى معقول من الاكتفاء الذاتي.

قوة الاعتماد

تخلص المرء من موقف اعتمادي يكون أمراً مؤلماً حتماً. فالناس يمكن أن يعتادوا شخصاً أو وظيفة تماماً كما يعتادون عقاراً أو مخدراً. وأعراض الانسحاب يمكن أن تكون بنفس الشدة.

ومما يزيد الأمور تعقيداً حقيقة أن العجز نفسه يمكن أن يكون مركز قوة. فقدر كبير من المكاسب غير الصحية يمكن أن يُستمد من كون المرء اعتمادياً. وعندما يصبح العجز مكافأة في حد ذاته، ويدرك الاعتماديون المدى الكامل لنفوذهم، يمكنهم الهيمنة على موقف معين بالاكتفاء بعدم فعل أي شيء على الإطلاق. إن أي مجموعة من البشر -خاصة الأسرة- يمكن أن تصيبها مثل هذه المناورة بالشلل. قال أحد الرجال: "حماتي تضعنا جميعاً في مأزق. فهي ترفض قيادة السيارة وتقول إنها لا تستطيع. ولا تساعد زوجتي في أعمال المنزل وتقول إنها لا تقوى على ذلك. ولا تفعل أي شيء لتجد لنفسها شقة مستقلة وتقول إنها لا تستطيع احتمال وحشة العيش بمفردها. مضى على إقامتها في بيتنا ست سنوات. إن عمرها ٥٧ سنة فحسب. لقد جاءت للعيش معنا عندما توفي زوجها، وكلما خطونا خطوة لإخراجها، تمرض في الوقت المناسب، ولا يكون مرضها خطيراً أبداً، ولكنه يكفي لمنعنا من فعل أي شيء. إنها تدير منزلنا دون أن تحرك إصبعاً".

الأشخاص الذين يستخدمون العجز للسيطرة عادة ما يحتاجون إلى متعاون؛ شخص يشجع اعتمادهم ويستمد بعض الإشباع منه، أو على الأقل لا يقدر طبيعة نظام الاعتماد المتبادل. وأي جهد لاستعادة الإحساس الصحي بالاستقلال لدى

هؤلاء الناس سوف يشتمل على تغيير في مواقف أولئك الذين كانوا يشجعون استمرار عجزهم، بغير قصد، أو بقصد تلبية حاجاتهم الخاصة.

الاعتماد والاكتئاب في مراحل الحياة

المراحل الحياتية التي يحتمل أن تكون فيها حاجات الاعتماد مصدراً مهماً للصراع هي نفس المراحل التي يحتمل فيها الإصابة بالاكتئاب، ومنها المراهقة على سبيل المثال. المراهق ضالع في صراع تقليدي بين الرغبة في الاستقلال عن الأسرة والرغبة في الأمن المتمثل في معرفة أن الأسرة مازالت موجودة في حال وقوع مكروه. كتب "روبرت فروست" عن هذا قائلاً:

البيت هو المكان الذي، عندما تذهب إليه، يضطر من فيه لاستقبالك وللترحيب بك....

الآباء الذين يفشلون في تقدير التوازن الدقيق للاحتياجات التي تموج في نفوس المراهقين -كيفية تصارع ثقتهم المفرطة مع خوفهم من الفشل، وحساسيتهم للإصابة بالاكتئاب- يمكنهم أن يعرضوا إحساسهم المتنامي بالاعتماد على النفس للخطر.

قال صبي يبلغ من العمر ١٦ عاماً: "أبي يعرب عن عدم ثقته بي طوال الوقت. دائماً ما يقلل من شأني. يقارنني بفتيان أقوى مني بنيةً. يقارنني بأذكى التلاميذ في المدرسة. ويوبخني بقسوة كلما ارتكبت خطأ، ولو كان صغيراً؛ كما حدث عندما استقللت القطار بشكل خاطئ إلى الريف واضطر هو للانتظار ٢٠ دقيقة إضافية في المحطة. إنني أعتمد على ما يظنه في أكثر مما أريده. ويبدو أنه لا يدرك ذلك".

كذلك يعتبر التقاعد وقتاً للاعتماد والاكتئاب. يقول أحدهم: "لم أدرك أبداً مدى حاجتي إلى العمل. كان صعباً عليّ أن أتكيف من جديد. فبعد قضاء ٣٠ عاماً في شركة واحدة، والذهاب لنفس المكتب، ورؤية نفس الأصدقاء، يصبح الأمر روتيناً بالنسبة لك. ثم فجأة، ينتهي كل شيء. يؤخذ منك كل شيء. رحل الأولاد. لم يتبقَ إلا أنا وزوجتي. الشيء الوحيد الذي يمكننا الاعتماد عليه هو التقدم في السن".

الفصل ١٣

❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••

المراهقة: سنوات الخطر

رقد فرانك ماتيوس في فراشه يحدق في السقف. كل شيء في غرفته بدا أصغر إلى حد بعيد: المكتب ذو المصباح الرقيق القابل للتعديل حيث اعتاد الجلوس لأداء واجباته، وخزانة الكتب التي مازالت تحتفظ بنسخة من كتاب Where the Wild Things Are وكتاب The Boys' King Arthur وبجوارهما رواية Jane Eyre التي كان قد انتهى لتوه من قراءتها كواجب صيفي. أخذت مؤخرة ساقه تؤلمه. انتصب فجأة جالساً ودلك أصابع قدمه اليمنى لأنها تيبست بعد أن سيطر عليها تشنج مؤلم من النوع الذي وصفه له والده بأنه "آلام متزايدة". أحس بالدموع تملأ عينيه.

كان فرانك يبلغ من العمر ١٣ عاماً، وكان يريد بشدة أن يكبر ويبلغ ٢١ عاماً لتكون لديه سيارته الرياضية الخاصة، مثل المخبر الخاص توماس ماجنوم في الأفلام التي يشاهدها في التليفزيون، لتسعى خلفه النساء الجميلات، وليمتلك مالاً في جيبه، وليكون حراً يأتي ويذهب كما يشاء. لا يفصله عن ذلك إلا ٨ سنوات! ولكن هذه السنوات الثمانية عندما تضاف إلى عمر أبيه البالغ ٤٩ عاماً وعمر أمه البالغة ٤٥ عاماً ستجعلهما مسنين حقاً. كانا بالفعل يبدو عليهما التعب في كثير من الأحيان. فكلما كبر هو في السن، صارا هما أقرب للموت. أخذ يبكي ويتنهد، ولكنه سرعان

ما توقف. قال لنفسه جازماً: "الفتيان لا يبكون". أدار مشغل الاسطوانات المدمجة. فرقة الروك المفضلة لديه غطت على خواطره فغرق في النوم قبل انتهاء المقطوعة.

المراهقون عرضة بشكل كبير لمشاعر الاكتئاب. فأحد التحولات الرئيسية في الحياة يحدث لدى الانتقال من طور الطفولة إلى طور البلوغ. فبعد أن كانوا صغاراً اعتماديين بشكل رئيسي لا تشغلهم الهموم وتثيرهم رحلة إلى ماكدونالدز أو مدينة الملاهي القريبة، فجأة صاروا أطول وأقوى عوداً. ينصب تركيزهم على ما يشير الأب والأم إليه باعتباره أهدافاً. يحسون بالمثيرات الجنسية، ويناضلون من أجل الاستقلالية، ويتوقون إلى قضاء وقت مع الأصدقاء أكثر مما يقضونه مع أسرهم. يريدون أن يحظوا بالقبول، تلقائياً، وبشدة، من جانب الفتيان في المدرسة، أو أولئك الذين يبغضون المدرسة وكل ما يمت للمدرسة بصلة.

إنه وقت الحزن، غير المعروف عادة، والمختفي غالباً وراء خجل مربك. إنه وقت يؤتي فيه كل ما حدث سابقاً -مثل معرفة أن المرء كيان منفصل ومختلف عن أمه، ولعب الغميضة مع أبناء الجيران، والتخلي بحذر شديد عن يد الأب أو الأم، والدخول إلى الغرفة الضخمة المليئة بالمكاتب الصغيرة، وإتقان اللغة والحساب، وكيفية الفوز وكيفية الخسارة- ثماره عندما يطرح المراهق عن نفسه شرنقة البيت ويتولى قيادة حياته بدرجة أكبر. إنه وقت ذروة التخبط والارتباك.

ليس من المدهش إذن أن المراهقين شديدو العرضة للاكتئاب. فنوبات الاكتئاب جزء أصيل من الفوضى واستعادة التكامل الانفعالي الذي سيمرون به لسبع سنوات على الأقل، من سن ١٣ سنة وحتى سن ٢٠ سنة. ينطبق هذا بوجه خاص في ثقافة حجبت كثيراً من المعالم التقليدية التي اعتمد عليها الشباب في أزمان أخرى لترشدهم على الطريق، مثل توقع قدر لا بأس به من تحمل المسئولية من جانبهم، وتزويدهم بهيكل من القيم السليمة ينمون في ظلاله، وتقديم وعد صريح بوجود مكان يشغلونه في الدنيا مستقبلاً.

النضج في مجتمع مضطرب

يمكن أن ينطوي النمو والبلوغ في مجتمعات عالم اليوم على خطر حقيقي على صحة المراهق وعلى حياته. فالمعدلات المتزايدة لحالات الانتحار ومحاولات الانتحار

بين الأطفال والمراهقين تقدم دليلاً صارخاً على اليأس والألم اللذين يقاسيهما كثير منهم.

يعزو أطباء نفس الأطفال والمراهقين هذا الوضع المأسوي إلى تجرد المجتمع من الإنسانية وإلى تشتت الحياة العائلية. لقد صار البشر إحصائيات على أجهزة الكمبيوتر الخاصة بالموظفين، وأهدافاً للحملات التسويقية المتواصلة، مثلما تنبأ عالم النفس "إريك فروم" منذ سنوات. فالآباء أصحاب الضمير الحي يدركون أنه ليس لديهم إلا فترة زمنية محدودة ينقلون خلالها القيم التي سيعيش أولادهم المراهقون بها قبل أن يواجهوا دنيا تسير فيما يبدو وفق فلسفة "كل شيء جائز".

مع اتساع المسافة بين حياة البيت والحياة بعيداً عن البيت اتساعاً هائلاً، يجد الآباء صعوبة بالغة في وضع الحدود وفرضها على سلوكيات أولادهم؛ إلا أن كل مراهق يحتاج إلى تزويده بتوقعات محددة وهيكل موثوق خلال هذه السنوات المضطربة. لقد تقلص تأثير الأسرة أكثر نتيجة حساسية المراهق لمعايير وقيم فئته العمرية. وفي الوقت نفسه، تخلى المربون إلى حد كبير عن مسئولية تطوير الشخصية والرقابة السلوكية بسبب اللامبالاة، والافتقار إلى المهارات الكافية، والقيود القانونية أحياناً.

المراهقون الذين يقتلون أنفسهم لا يفعلون ذلك لمجرد أنهم يعيشون في مجتمع مضطرب. هناك دائماً أسباب شخصية خاصة أيضاً. فقد يحاول أحد المراهقين الانتحار -وينجح في ذلك أو لا ينجح- نتيجة فضول ساذج لتجربة الموت دون أن يبيّت نية حقيقية في التوقف عن الحياة. وآخر ربما كان يحاول إخافة شخص ما أو لفت انتباهه أو الانتقام منه بغضب. وثالث ربما كان يهرب من الألم، أو السخط، أو الذنب، أو اليأس. والبعض كانوا بلا شك ضحايا للاعتداء عندما كانوا أطفالاً.

تحول من السلوك إلى التبصر

عنصر رئيسي في فهم مشكلة الاكتئاب الفريدة من نوعها في المراهقة هو حقيقة أن هذه الفترة الانتقالية تتسم بتحول من التعامل مع الصراعات بواسطة السلوك إلى التعامل معها بواسطة التبصر الفكري والانفعالي. ونظراً لأن هذا التغير لم يكتمل، فإن الاكتئاب في المراهقين يعبر عن نفسه بطريقة مختلفة تماماً عما عليه الحال مع البالغين. يمكن أن نرى تقلباً في الحالة المزاجية، ولحظات من خيبة الأمل،

ودموعاً، وتوتراً. ولكن المراهقين المكتئبين يحتمل بشدة أن يظهروا حزنهم بطرق تجعل التعرف على الاكتئاب لديهم أمراً في غاية الصعوبة. ينعكس الاكتئاب عموماً في صورة متاعب سلوكية، وتحديداً مجموعة من الأعراض التي تعود للظهور مراراً وتكراراً، مثل السرقة، أو تعاطي المخدرات، أو التبول اللاإرادي، أو سوء التحصيل.

انفصل والدا فرانك ماتيوس وهو في عمر ١٥ عاماً. على السطح، بدا أنه لا يظهر ردود أفعال عاطفية لما كان يحدث. كان يسمعهما طوال شهور وهما يتحركان ويتجادلان في منتصف الليل. سمع أمه تتهم أباه بأن له علاقة بامرأة أخرى، وسمع أباه ينكر ذلك بشدة. عندما أجلساه في النهاية ليخبراه أنهما عزما الانفصال وأنه سيعيش مع أمه وسيرى أباه خلال العطلات الأسبوعية، سألا فرانك عن شعوره حيال ما حدث، فغمغم قائلاً: "هذا شأنكما، لا شأني".

حتى ذلك الحدث، كان فرانك قد قاوم ضغط أصدقائه لتجربة المخدرات. وبعد ذلك، بدأ يجرب الماريجوانا، وفي غضون بضعة أشهر، أصبح يتعاطاها عدة مرات أسبوعياً. كان قبل ذلك يحصل على درجة جيد جداً في المدرسة، ولكن درجاته الآن انخفضت إلى متوسط ودون ذلك. وقلقاً منهما عليه، اتفقت أمه وأبوه على اصطحابه لتناول العشاء في الخارج ذات مساء والتحدث معه عما كانا يران أنها مشكلاته. بأسلوب المراهقين المعتاد، أنكر وجود أي شيء يناقشه معهم. وفي لحظة ما، عندما سألته أمه إن كان منزعجاً بسبب عيش أبيه مع امرأة أخرى، فأجاب قائلاً: "وما الذي أعرفه عن هذا؟ إنني مجرد صبي صغير، أليس كذلك؟".

وبعد معارضة شديدة، وافق على استشارة طبيب نفسي. في الزيارة الأولى، لم يقل إلا القليل، مجيباً عن الأسئلة بأقل كلمات ممكنة. وخلال الزيارة الثانية، خصص الطبيب النفسي -بعد أن اكتشف أن فرانك كان يستمتع بلعب البيسبول ولديه العديد من اسطوانات موسيقى الروك المفضلة- الساعة بأكملها للحديث معه عن الرياضة والحفلات الموسيقية. نقل فرانك ما حدث فوراً لأبيه، الذي اتصل حانقاً بالطبيب ليعلن عن تذمره من أنه لم يدفع المال كي يجلس ابنه هناك ويضيع وقته في الحديث عن أشياء لا تهم. لاقت محاولة الطبيب لأن يشرح له أنه في علاج المراهقين يجب تطوير علاقة ثقة واهتمام قبل استكشاف القضايا الأكثر حساسية آذاناً صماء، وتم إنهاء علاج فرانك دون سابق إنذار. ولكن تم استئناف العلاج من جديد بعد

إصرار والدة فرانك التي عجزت عن إقناعه بالذهاب إلى المدرسة أو حتى مغادرة غرفته لعدة أيام.

وحيث إن الطبيب كان يعرف تماماً مدى أهمية إشراك الأسرة في علاج المراهقين ويدرك تماماً أيضاً الحاجة إلى طمأنة المريض بالسرية الشديدة لما يتحدثان فيه معاً، اقترح مجيء أبوي فرانك معه في جلسته القادمة لتتاح لهما فرصة مقابلة المعالج وليتمكن من اكتساب فهم أفضل لما يجري بينهما وبين فرانك. رد فرانك قائلاً على نحو متوقع: "الأمر لا يعنيني كثيراً، افعل ما يحلو لك".

لدى جلوس ثلاثتهم مع الطبيب النفسي، كان التوتر بينهم ظاهراً. بكت والدة فرانك وهي تعرب عن قلقها بشأن مشكلات ابنها. وكرر أبوه في عناد اعتقاده أن كل ما يحتاج إليه فرانك هو مزيد من التأديب. لم يقل فرانك إلا القليل، إلى أن وقف فجأة، بعد أن حثه المعالج عدة مرات، وصرخ قائلاً: "أريد أن أحيا حياتي الخاصة لا حياتكما! كل ما كنت أفعله طوال العام الماضي هو القلق عليكما". سأل أمه قائلاً: "ألا تظنين أنني أسمعك حتى الثانية أو الثالثة صباحاً وأنت تدخنين السجائر وتبكين؟"، ثم حول نظره إلى أبيه قائلاً: "وأنت، ألا تظن أنني جن جنوني عندما اصطحبتني للغداء خارج البيت برفقة تلك المرأة، وكانت تلك هي المرة الوحيدة التي رأيتك فيها؟".

قال المعالج لوالدي فرانك المذهولين بعض الشيء: "إن لديه وجهة نظر. إن الأداء السيئ في المدرسة ليس سبيلاً للتعامل مع مشاعره.... إنه ينفس عن غضبه على حساب نفسه. هذا شيء يتعين علي أنا وفرانك أن نجد له حلاً، بحيث يتولى مسئولية أكبر عن حياته. ولكن يبدو لي أن الوقت مناسب لإجراء بعض التعديلات".

وعلى مدار عدة جلسات أخرى مع فرانك وحده عبر خلالها عن نفسه بحرية وعفوية أكبر بكثير، تبين أن هناك عدداً من الأعراض الاكتئابية التي تعوقه: الاستيقاظ في الصباح الباكر ثم الاستغراق في النوم من جديد والتأخر على المدرسة؛ الإرهاق؛ صعوبة التركيز في دروسه؛ عدم قدرته على الانتهاء من واجباته في وقتها؛ انعزاله عن أصدقائه؛ استمراره في تعاطي الماريجوانا من حين لآخر لمنحه "دفعة معنوية".

اقترح الطبيب النفسي قائلاً: "دعنا نجرب شيئاً. أريد أن أعطيك دواءً؛ أحد مضادات الاكتئاب. إنه لا يسبب الإدمان، ولا يمنحك سعادة زائفة.... إنه أفضل

كثيراً من الماريجوانا. في غضون أسابيع، ستصبح أكثر طاقة ونشاطاً، وسوف تنهي واجباتك المدرسية بسرعة أكبر كثيراً على الأرجح".

وعلى عكس كثير من المراهقين، التزم فرانك باقتراحه. وبالفعل، في غضون شهر، قال إنه يشعر بمزيد من البهجة والقدرة على الأداء الجيد. وفي الواقع، قرر فرانك الالتحاق بفريق البيسبول بالمدرسة رغم أنه لم يمارس اللعبة منذ أكثر من عام.

الإنكار لدى الآباء

مع الأسف، علاج الاكتئاب لدى المراهقين لا يحقق دائماً النتيجة السعيدة كما في حالة فرانك ماتيوس. كثير من العائلات تعارض بشدة الحصول على رعاية متخصصة للمراهقين، حتى عندما تكون دلائل الاضطراب لا تقبل الجدل. بعضهم لا يرغب في التخلي عن السيطرة الحقيقية أو المتوهمة على أولادهـم. وآخـرون منهمكون في صورة من صور الاعتداء النفسي على الأطفال. أب كان ابنه قد انتحر منذ أسبوعين، جعل القشعريرة تسري في جسد صديق جاء يعزيه عندما قال: "لقد تجاوزت الأمر. لا يمكن للمرء أن يستمر في الحزن إلى الأبد". وهناك آخرون يعيشون أمنياتهم وإحباطاتهم من خلال أولادهم في سلوك شاذ ومدمر للذات غالباً بالنسبة للأولاد. دافعت إحدى الأمهات عن ممارسة ابنتها المراهقة للجنس أمام معلم أوصاها بالحصول على رعاية متخصصة، فقالت: "ليس ثمة خلل في صغيرتي! فقط لأنها جميلة ولديها كثير من الأصدقاء، فإن الفتيات الأخريات يغرن منها. أعلم كيف يكون الحال في عمر الخامسة عشر. عندما كنت في الخامسة عشر، كنت أشعر بالوحدة. لم يكن أبي يسمح لي مطلقاً بقدر من الحرية. إنني لن أدمر فرص ابنتي. أريدها أن تكون سعيدة".

كثير من البالغين ماهرون في إنكار ما هو واضح. منذ بضع سنوات، خلال جلسة تشاور مع هيئة مجتمعية كانت تدرس قضية تعاطي المخدرات في بلدة صغيرة تسكنها الشريحة العليا من الطبقة المتوسطة، اندهشت وأنا أستمع إلى الآباء والمعلمين على حد سواء يصرون على عدم وجود مشكلة مخدرات على الإطلاق. الشرطة ومسئولو المستشفيات والمراهقون أنفسهم كانت لديهم معرفة مباشرة بأن هناك مشكلة

ووصفوها بالتفصيل. ومع ذلك، تم الاعتراض على وضع أي خطط لبرنامج وقائي.

المراهقون ليسوا أكثر لهفة على طلب المساعدة من لهفة آبائهم على جعلهم يطلبونها. فمن وجهة نظرهم، اللجوء إلى أخصائي يعرض استقلاليتهم المكتسبة حديثاً للخطر. ثم كيف سيعاملهم أصدقاؤهم إذا اكتشفوا المسألة؟ وبالطبع، فإن الوصمة المرتبطة بالتردد على معالج نفسي أكبر بكثير جداً في أذهانهم مما هي في أذهان البالغين. فمنظورهم محدود بطبيعته؛ وحيث إن فقد المنظور يعد واحداً من الجوانب الرئيسية للاكتئاب، فإن المراهق المكتئب في موقف مزعزع، على أقل تقدير.

ما يستطيع الآباء فعله للمساعدة

هناك خطوات عديدة يمكن للكبار اتخاذها لمساعدة المراهقين على الخروج من الأزمات بنجاح أكبر، ومساعدتهم -إذا أصيبوا بالاكتئاب- على الحصول على المساعدة والإرشاد من متخصص، وبالتالي تقليص خطر العجز المزمن، والفشل الدراسي، وتعاطي المخدرات والكحوليات، والعلاقات الجنسية الطائشة وعواقبها، وعدم وجود إحساس كافٍ بالذات، وخطر الانتحار الرهيب.

انتبه

أولاً، كن يقظاً لبوادر الاكتئاب وإشاراته لدى ظهورها على المراهقين. أحياناً يكون هذا المزاج ظاهراً؛ حيث يبدو المراهقون مكتئبين ويتصرفون باكتئاب: التجهم، الحزن، التعب، الأرق أو النوم الكثير، الانسحاب. ربما يعربون عن مشاعر الملل، أو اليأس، أو إدانة الذات، أو انعدام الثقة بالنفس، أو حتى الرغبة في الموت، وهذه الأخيرة يجب عدم تجاهلها أبداً. ولكن كثيراً ما يكون الاكتئاب متخفياً في صورة أنماط سلوكية مدمرة للذات. يتدهور أداؤهم في المدرسة. لا يريدون المشاركة في أنشطة كانوا يستمتعون بها ذات مرة. فنوبات الغضب، والولع بالشجار والتحدي، وتكرار الوقوع في المشاكل كلها أشياء ربما تخفي المشكلة الأساسية. من المهم أيضاً أن نتوقع نوبات اكتئابية عند وقوع أحداث تبرر مثل هذه الاستجابة: طلاق الأبوين، موت أحد أفراد الأسرة، الانفصال عن صديق مقرب، انتكاسات وخيبات أمل كبيرة في المدرسة، الرفض من الأصدقاء. تذكر أن الاكتئاب في حد ذاته ليس حالة شاذة.

يجب أن يتم التعامل مع المراهقين بتفهم كامل دون أن نفترض تلقائياً أنهم غير مستقرين. ولكن إذا استمر السلوك غير السوي لفترة زمنية طويلة، فإن الحاجة لتدخل متخصص تكون واضحة.

تواصل

ثانياً، أبقِ كافة خطوط الاتصال مفتوحة. بالطبع يتم غرس جذور التواصل الجيد خلال سنوات الطفولة عند منح التعليم، والحب، واللعب. ولكن رغم أن المراهقين يريدون مزيداً من الخصوصية وهم يبتعدون عن مركز الأسرة، فإن صلتهم بالبيت يمكنها أن تبقى كأثر قوي في حياتهم إذا كانوا محاطين بأفراد أسرة يهتمون لأمرهم، ويحترمون شخصيتهم الفردية، ويظهرون اهتمامهم بأنشطتهم وهمومهم الحالية، ويتيحون لهم اللجوء إلى الأسرة عندما يشعرون -من حين لآخر- بالعجز أو بالحاجة إلى التوجيه.

من المثير للسخرية أن كثيراً من الآباء الأمريكيين تطرفوا في محاولاتهم لتجنب "التدخل" في حياة أولادهم المراهقين. ينظر الناس إلى الأب المحبوب الاستبدادي كما صورته المسرحية الشهيرة Life with Father على أنه شيء جذاب يذكرنا بالماضي ولكنه عتيق الطراز. فآباء اليوم غالباً ما يبدو عليهم أنهم لا يعرفون كيفية الجمع بين جعل المراهقين يشعرون بالمساواة والاحترام وبين الاستعداد لاستعمال سلطتهم وتزويدهم بالحكمة والمعرفة والتوجيه. تربية الأبناء باتت على طرفي نقيض. فعلى طرف، نجد بعض الآباء يعاملون أولادهم بوحشية، وعلى الطرف الآخر نجد آباءً يبدون تساهلاً مفرطاً ورغبة قهرية في رؤية أولادهم سعداء دائماً، وفوق أي اعتبار آخر. يبدو الأمر وكأنهم نسوا حقيقة أنه من المفترض أنهم استفادوا من عيشهم على هذا الكوكب فترة زمنية أطول إلى حد ما من ذريتهم، وبالتالي يملكون رؤية للحياة يجب عليهم تقديمها لهم بمسئولية.

ساعدهم على اكتشاف أبطال ومثل عليا جديدة

أخيراً، ساعد المراهقين على إيجاد أبطال جدد يشكلون حياتهم على نهجهم. بعض هؤلاء الأبطال يكونون بعيدين، مثل الروائيين الذين استمتعوا بكتاباتهم، ولكن

ربما لا يستطيعون التعرف حتى على صورهم، والمخرجين السينمائيين، والفائزين بجائزة نوبل، واللاعبين الأولمبيين. والبعض يكونون قريبين، مثل معلم، أو مدرب، أو رجل دين، أو قائد كشافة، أو صديق للعائلة، أو والد صديق. ولا ينبغي أن يكون هؤلاء حاضرين حضوراً مادياً فحسب، بل يجب أن يكونوا متاحين عاطفياً للمراهق وعلى وعي بأهمية الدور الذي يمكنهم أن يلعبوه في نشأته ومستعدين للقيام بدور الناصح وكاتم الأسرار والمعلم. يجب أن يفعلوا كل ما في وسعهم لإيجاد جو يمكن للشباب المراهقين في إطاره أن يشعروا بالأمل والرغبة في ملء حياتهم المستقبلية بالمعانى.

الفصل ١٤

❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••❖••

الاكتئاب والتقدم في السن

"زئبق سائب في عش مليء بالشقوق"

فيلم "أورسون ويلز" الكلاسيكي The Magnificent Ambersons مقتبس عن رواية للكاتب "بوث تاركنجتون". يعرض الفيلم قصة عائلة ثرية بارزة متماسكة تعيش في مدينة صغيرة في الغرب الأوسط في بداية القرن العشرين. يعلن المدلل العنيد "جورج مينيفر أمبرسون" في إحدى الحفلات الكبرى المقامة في قصر العائلة الضخم المشيد على الطراز الفيكتوري أن أكبر طموحاته في الحياة أن يكون "صاحب يخت". ويشرع "جورج" في تخريب العلاقة التي جمعت بين أمه الأرملة "إيزابيل" وصديق عجوز أرمل مثلها. ثم تموت "إيزابيل" تاركة "جورج" وعمته "فاني" مفلسين، فيضطران إلى بيع بيتهما والانتقال للعيش في نُزل. أما عمه، "جورج أمبرسون"، فيحصل على وظيفة في إحدى القنصليات الأمريكية في الخارج. وفي مشهد مؤثر بعمق، يودع جورج وعمه أحدهما الآخر وداعاً يعلم كلاهما أنه سيكون الأخير، يقول العم: "الحياة والمال كلاهما مثل زئبق سائب في عش مليء بالشقوق. عندما يذهبان، لا يمكننا أن نقول أين ذهبا، أو ماذا فعلنا بهما".

الحياة فعلاً مثل زئبق سائب في عش مليء بالشقوق. وكلما تقدم بك العمر، انقضى الوقت أسرع. وسواء كنت غنياً أو فقيراً، فإن الخسائر تتراكم فوق بعضها، وتصبح نوبات الحزن والاكتئاب هي القاعدة لا الاستثناء. وكما قال أحد المحامين الناجحين: "كانت سن الأربعين مرحلة مزعجة، ولكني اجتزتها بسلام. أما الخمسون فكانت كالنسيم. ولكن الستين؛ تلك كانت شيئاً آخر. وبعد ذلك بست سنوات، كنت لا أزال أتعافى من الصدمة. أعني أنني أدركت فجأة أن الوقت ينفد".

ويضيف قائلاً: "بدأت أمارس لعبة الأرقام البغيضة. خمس وستون ناقص خمس عشرة يساوي خمسين؛ بالأمس فقط. خمس وستون زائد خمس عشرة تساوي... ثمانين!".

"إنني شخص نشيط، على الصعيدين المهني والشخصي، ولدي أسرة رائعة؛ تستطيع القول إنني من المحظوظين. وأنا أحب عملي، كما أن هناك أشياء كثيرة مازلت أريد فعلها. السفر مثلاً. إنني لم أسافر إلى عُشر الأماكن التي أريد زيارتها في العالم. وربما تأليف كتاب، كما فعل كل أولئك المحامين. والأحفاد".

"في الصيف الماضي، أخبرني ذلك الرجل الذي ألعب معه التنس بضرورة التقدم بطلب للانضمام إلى برنامج ميديكير. أعني أن الحكومة لا تضمك له تلقائياً، بل يجب عليك التقدم بطلب، والأفضل أن يكون هذا قبل بلوغك الخامسة والستين بشهرين. وهكذا فإنني الآن تابع لميديكير. بدأت أستيقظ في الرابعة صباحاً ولا أستطيع معاودة النوم بسهولة، وهذه الموجات من الحزن تغمرني في وقت لا أتوقعها فيه. هذا جنون. يبدو أنني وزوجتي شهدنا كثيراً جداً من الجنائز مؤخراً. أبغض هذا كثيراً".

التقدم في السن والاكتئاب

يقدر معدل الاكتئاب السريري بين الرجال والنساء فوق سن ٦٥ بحوالي ٨٪. ولكن التقارير تشير إلى أن ٢٠-٣٥٪ من الكهول الذين يعانون من اعتلال طبي مكتئبون سريرياً. ويبلغ معدل انتحار الذكور البيض فوق ٦٥ عاماً أربعة أضعاف المتوسط العام في أمريكا.

غالباً ما لا يظهر الاكتئاب لدى كبار السن في صورة تغير واضح في المزاج والسلوك وإنما كمجموعة متنوعة من الشكاوى لا تتبع أي نمط معروف؛ وكثيراً ما

يكون مرتبطاً بألم بدني لا يمكن تفسيره. فالأشخاص المكتئبون الأكبر سناً كثيراً ما يواجهون متاعب في الاستغراق في النوم، ويأكلون قليلاً، ويفقدون الوزن، ويشكون من مشكلات في التركيز، ويبدون أحياناً غير منتبهين، ويفتقدون الحافز، وكثيراً ما يواجهون صعوبة في تذكر الأشياء. والتفكير الانتحاري هو يقيناً علامة على الاكتئاب. ولدى المرضى الكهول -على عكس ما يعتقد كثيرون- نادراً ما يحدث هذا التفكير دون وجود اكتئاب.

ولكن هذه العلامات والأعراض ذاتها شائعة أيضاً بين المرضى ذوي الاعتلالات البدنية المزمنة الموهنة. لذا، فإن الأمر كثيراً ما يتطلب تقييماً من متخصص لتحديد ما إذا كان شخص بعينه يعاني من اكتئاب سريري أو من شيء آخر، مثل مرض ألزهايمر، وهو مرض قاتل يرتبط عادة بضعف شديد في الذاكرة، وتدهور بالغ في الوظائف العقلية، ومسار منحدر مأسوي. وأحياناً يكون الاكتئاب لدى الكهل عبارة عن إنذار بمرض مبكر على الخرف. ولكن كبار السن الذين يبدون كثيري النسيان وغير قادرين على فعل الأشياء، ويظهرون العزلة واللامبالاة، ربما يعانون بالدرجة الأولى من اكتئاب سريري. وعندما يكونون كذلك فعلاً، فإن هذه الأعراض تتحسن عادة عند تخفيف الاكتئاب بفعل الأدوية والعلاج النفسي.

لاحظ أولاد إيلين جولدمان تغيراً في سلوكها بعد حوالي عام من وفاة زوجها إيرا. كانت إيلين، البالغة من العمر ٦٨ عاماً، امرأة نشيطة جداً. فبعد أن كبرت بناتها الثلاثة، عادت إلى العمل ككاتبة حسابات بنظام الدوام الجزئي، وكانت تخصص يوماً في الأسبوع للتطوع بالمستشفى المحلي حيث كانت تأخذ المجلات والكتب إلى المرضى، كما بدأت تمارس هواية. ولكن بعد أن انهار زوجها في ردهة المنزل، ومات في غضون دقائق من انفجار الأورطي، بدأت إيلين تتخلى عن نشاط تلو الآخر، وانتهى بها الحال إلى قضاء معظم الوقت بمفردها في البيت، حيث تجلس في الفراش، محدقة في شاشة التليفزيون، أو تنقل الملابس وغيرها من الأمتعة من خزانة إلى أخرى بلا هدف. وكثيراً ما كانت تخرج الأطباق المتسخة من الغسالة وتضعها على أرفف المطبخ. وأحياناً كانت تدير غسالة الملابس وهي فارغة. وذات مرة، وجد حارس البناية بعض أدوات مائدتها الفضية مكومة بجوار محرقة القمامة فأعادها إليها وأخبر كبرى بناتها سوزان بسلوكها الغريب.

كانت سوزان وأختاها قد لاحظن في مناسبات عديدة نسيان أمهن ونوبات الارتباك التي تنتابها. كن مقتنعات بأنها تتجه بثبات نحو حالة من الخرف لن تتعافى منها أبداً. وكان طبيب الأسرة مقتنعاً بذلك أيضاً؛ فخطر ببالهن أن إيلين ستكون أفضل حالاً لو عاشت في دار لرعاية المسنين، ولكنهن قررن أولاً إخضاعها للفحص في وحدة الطب النفسي بالمستشفى التي كانت تعمل فيها ذات يوم كمتطوعة.

لاحظ الأطباء وطاقم التمريض أن متاعب الذاكرة التي تعاني منها إيلين وفترات التشوش التي تصيبها تتطابق تماماً مع فترات الاكتئاب. فقدراتها العقلية تكون أفضل كثيراً عندما لم يكن يبدو عليها أنها مكتئبة بشدة. أجرت لها الطبيبة اختباراً مصغراً لحالتها العقلية والنفسية، فلم تستطع تذكر أي من الأشياء الثلاثة التي سئلت عنها بعد ثلاث دقائق، ولكن عندما سئلت عنها بعد ١٥ دقيقة، استطاعت تذكر الثلاثة جميعاً، مما أكد أنها حالة اكتئاب لا خرف.

وبعد أن اقتنعت طبيبة إيلين بأنها مكتئبة، بدأت تعالجها بمضاد للاكتئاب كما كانت تزورها كل يوم لمدة نصف ساعة. ومع تحسن قدرتها على الحديث، تحدثت معها الطبيبة عن كثير من المشكلات الشائعة التي تواجه كبار السن، مثل حزنها على وفاة زوجها، وأهمية احتفاظها باستقلاليتها وأكبر قدر ممكن من السيطرة على حياتها، وإعادة إيجاد إحساس بالفائدة والغاية. كما أكدت على الأشياء الطيبة الكثيرة التي حدثت لها على مر السنين، خاصة العلاقة الدافئة الداعمة مع بناتها.

ولدهشة وسعادة الجميع -وأكثرهم إيلين نفسها- عادت إيلين إلى البيت خلال ٨ أسابيع. لم تكن هي تماماً نفس المرأة التي كانت إياها منذ سنوات، ولكنها كانت في حالة طيبة بما يكفي لتعيش مستقلة بذاتها، وتستأنف بعض أنشطتها، وترى صديقاتها، وتستمتع بأحفادها. وقد أعطتها سوزان هرة ذات لونين لمرافقتها.

التقدم في السن والصحة

مع الشيخوخة، تكون الصحة هي القضية رقم واحد. فالناس لا يستطيعون حينها التقليل من شأن ألم حاد في الصدر واعتباره مجرد عسر هضم كما كانوا يفعلون وهم في العشرينات من العمر، أو إحساس بشد يبدأ في الكتف اليسرى نزولاً إلى الخصر واعتباره ناتجاً عن قوة التمارين البدنية. كما أن أشعة الثدي وتحاليل

الأجسام المضادة في البروستاتا عادة ما تكون لها الأولوية في المحادثات على الجنس ونصائح سوق المال.

كان إد بولدوين واحداً من المحظوظين. كان إد قد عاد لتوه هو وزوجته ماريلين من عطلة دامت أسبوعاً في نابولي، فلوريدا، عندما اتصل طبيبه ليخبره أن نتيجة تحاليل الدم التي أجراها قبيل سفره ظهرت، مضيفاً: "كل شيء يبدو على ما يرام يا إد باستثناء البروستاتا، فمستوى مستضد البروستاتا النوعي لديك أعلى مما ينبغي؛ لذا أظن أنه من الأفضل أن نرتب لاستشارة أخصائي مسالك بولية. لا تجعل هذا يفزعك. ربما لا تكون هناك أي مشكلة. ولكن من الأفضل أن نطمئن".

أدخل الأخصائي جهازاً بدا كصاروخ مصغر في مستقيم إد وأجرى رسماً صوتياً أظهر شكل البروستاتا وأبعادها. علق الطبيب بقوله: "تبدو على ما يرام". ثم أحس إد بحوالي ثماني وخزات مؤلمة عندما برزت ملاقيط صغيرة من الصاروخ للحصول على عينات من الأنسجة لإجراء فحص عليها. قال له الطبيب: "اتصل بي يوم الثلاثاء. ستكون النتائج جاهزة في ذلك الوقت".

في وقت لاحق، قال إد لطبيبه النفسي: "كانت تلك أسوأ عطلة أسبوعية يمكنني تذكرها خلال سنوات. أجرى الطبيب تحليل الأنسجة يوم الجمعة. كل ما استطعت التفكير فيه هو صديق قديم يدعى جاك رامزي أصيب بسرطان البروستاتا منذ عشر سنوات فأجروا له عملية واستأصلوها في الوقت المناسب. كانت تلك نهاية حياته الجنسية. ولكن ذلك لا يهم مقارنة بما كان من الممكن أن يحدث لجاك لو لم يستأصلوها في الوقت المناسب".

"قرأت صفحات الوفيات في صحيفة الأحد. لم أكن قد قرأت صفحة الوفيات أبداً من قبل. وجدت نعيين لرجلين ماتا بسبب سرطان البروستاتا وكلاهما في مثل سني".

"أحسست بالعجز التام. في ليلة السبت ويومي الأحد والاثنين، لم أستطع النوم لأكثر من أربع ساعات كل ليلة. لم أستطع التركيز في أي شيء. حاولت زوجتي أن تطمئنني، ولكن هذا لم يغير من الأمر شيئاً. بعد ظهر الأحد، ذهبنا لمشاهدة أحد الأفلام. كان الفيلم ضبابياً. لم أستطع التركيز، وغادرنا قبل نهايته. كنت أرى في ذهني كل شيء أحبه يضيع مني. أعني حياتي، زوجتي، أولادي. كل شيء ضاع".

"جاء يوم الثلاثاء. كان الطبيب قد قال إنه سيتصل بي بين العاشرة والحادية عشرة. تسمرت بجوار الهاتف. وعندما تجاوزت الساعة الحادية عشرة والنصف، لم أدرِ ماذا أفعل، فاتصلت به. قال إنه كان على وشك الاتصال بي. ظننت أنني سمعته يتنهد. قال بصراحة: 'إنه ورم'. سألته عما يعنيه ذلك، فقال: 'ورم خبيث'. سرت قشعريرة باردة في جسدي. بدأت أرتعش. استطعت بالكاد أن أتحدث. سألته: 'سرطان؟'. لم يجبني مباشرة، واكتفى بقوله: 'تعالَ بعد ظهر اليوم لنناقش الأمر'".

"بعد ذلك، حدث شيء غريب. كان الطبيب جالساً هناك خلف مكتبه يخبرني بضرورة إجراء أشعة مقطعية وربما أشعة سينية على العظام الطويلة بجسدي، وبأنه إذا بدت الأمور على ما يرام -بمعنى أن السرطان لم ينتشر خارج البروستاتا نفسها- فسوف يرتب موعداً لإجراء جراحة، ما لم أفضّل أنا العلاج الإشعاعي، الذي لا يوصي به في حالتي. لم أصدق الأمر، ولكني في الحقيقة بدأت أشعر بتحسن، وأعلم أن هذا الشعور نتيجة إحساسي للمرة الأولى منذ أيام أنني استعدت السيطرة على حياتي. كان سيتعين عليّ بلا ريب إجراء جراحة، ولكن هذه الجراحة كانت تعني على الأقل فعل شيء للتعامل مع ذلك الورم اللعين واستئصاله. نظرت إليه مباشرة وقلت: 'متى يمكننا البدء؟'".

أجاب: "التحاليل، فوراً. إذا كنا سنجري الجراحة، فلن يكون هذا قبل بضعة أسابيع بسبب النزيف". ثم أضاف وكأن فكرة خطرت بباله: "هناك طريقة جديدة لإجراء الجراحة. وهناك احتمال كبير أن نتمكن من إنقاذ إحساسك وقدرتك الجنسية".

لم يكن سرطان البروستاتا لدى إد بولدوين قد تجاوز غشاء البروستاتا. وكانت احتمالات نجاته تبدو ممتازة. لم يكن سيحتاج إلى علاج إشعاعي أو أي علاج إضافي بعد العملية الجراحية، ولكنه سيخضع للمتابعة الدقيقة لسنوات.

لم يكن إد قد أصيب طوال حياته بمرض خطير أبداً. ولأول مرة، أدرك بقسوة حقيقة كونه بشراً ضعيفاً فانياً. وبعد حوالي شهرين من عودته إلى العمل، بدأ ينتابه شعور بالحزن المستمر، يكون أسوأ ما يكون في الصباح ويزول تدريجياً بحلول الظهيرة. كان ينام نوماً متقطعاً، ويشعر أنه ليس حاد الذهن كعادته، وقل اهتمامه بالأشياء التي كانت تشعل حماسه من قبل. وعندما بدأت أفكار الانتحار العابرة تجول

بخاطره -وهي الأفكار التي لم تراوده أبداً من قبل- قرر استشارة طبيب نفسي.

طمأنه الطبيب النفسي بقوله: "ما تعاني منه اكتئاب. هذا طبيعي في ظل هذه الظروف. كان ذكاء منك أن تأتي وتتحدث مع شخص في هذه المرحلة من حياتك. إن مثل هذا الموقف يثير حتماً كثيراً من الأشياء. إن فترة من العلاج يمكن أن تكون مفيدة للغاية، حتى إذا كانت قصيرة. وإذا استمرت هذه الحالة المزاجية، يمكننا أن نفكر في استخدام مضاد للاكتئاب في وقت لاحق لاستعادة مرونتك النفسية".

خفت أعراض إد الاكتئابية دون أدوية خلال اثنتي عشرة جلسة من العلاج النفسي. وقد مضت الآن ٤ سنوات منذ أجريت له العملية الجراحية، وهو مازال يتمتع بصحة جيدة وحياة نشطة. إن تعرفه على اكتئابه وتعامله البنّاء معه لم يحمه فحسب من الوقوع في فخ الاكتئاب المزمن، وإنما سيكون من شأنه أيضاً أن يزيد احتمالات تمتعه بصحة بدنية جيدة، كما تؤكد بعض الدراسات الجيدة.

الاكتئاب وأمراض القلب والأوعية الدموية

هناك صلة مفزعة بين الاكتئاب السريري وأمراض الأوعية الدموية. نذكر مثلاً أن إحدى الدراسات أظهرت أن الأشخاص الذين لديهم تاريخ من الاكتئاب السريري والذين تمت متابعتهم على مدار أكثر من ١٤ عاماً كانت احتمالات إصابتهم بنوبات قلبية أكثر بأربعة أضعاف من غير المكتئبين الذين قورنوا بهم. وأكثر من ذلك أن احتمالات موت مرضى القلب المكتئبين في غضون ٦ أشهر كان أكبر أربعة أضعاف من غير المكتئبين. تحدث الصعوبات المعرفية والاكتئاب لدى ٥٠٪ من المرضى خلال أسبوع عقب إجراء عملية مجازة الشريان التاجي. استشهد د. "دونالد آر. فري"، من الأكاديمية الأمريكية لأطباء الأسرة، بدراسة أجراها "تي. بي. جاك" وزملاؤه أثبتوا فيها أن احتمالات معاودة المتاعب القلبية للمرضى المتماثلين للشفاء من نوبات قلبية والمصابين أيضاً باكتئاب سريري أكبر ٣ مرات ونصف من غير المكتئبين. وكتب يقول: "من المهم للغاية أن يتم تشخيص وعلاج الاكتئاب لدى المرضى الذين لديهم ذبحة صدرية، لأن هناك ارتباطاً بين الاكتئاب وبين تطور المرض.... [وأكثر من ذلك] قبل إصابة المرء بأول ذبحة قلبية، يبدو الاكتئاب عامل خطر للإصابة بمرض القلب.... إن العلاج المبكر والفعال للاكتئاب يمكن أن يلعب دوراً في الوقاية الأولية من أمراض

القلب".

لا يستطيع أحد أن يفسر على وجه اليقين العلاقة المتبادلة بين الاكتئاب السريري وأمراض القلب والأوعية الدموية. ربما تكون الزيادة في هرمونات الضغط وفي تحفيز الجهاز العصبي الودي التي تصاحب الاكتئاب أحد العوامل المساهمة. كما أن ترسب الكالسيوم في الشرايين التاجية يعتبر علامة مبكرة على تصلب الشرايين؛ وهي عملية تراكم الرواسب الدهنية على جدران الشرايين مما يؤدي في النهاية إلى منع تدفق الدم والإضرار بالقلب. وقد أكد باحثون في إحدى الدراسات أن الرجال أصحاب الشخصية من النمط (أ) الذين أظهروا أيضاً غضباً وعداء شديدين كانت احتمالات وجود مستويات أعلى من الكالسيوم في شرايينهم القلبية أكبر بكثير. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه المؤلف "إف. فلاك" وزملاؤه الذين أكدوا وجود زيادة في مستوى الكالسيوم، وزيادة في إفراز الكالسيوم، وتحول لكالسيوم الجسم من العظام إلى الأنسجة اللينة لدى مرضى الاكتئاب الذين لم يتلقوا علاجاً. وقد تم عكس هذه العملية بالعلاج والتماثل للشفاء. ولكن ستكون هناك أسباب قوية تجعلنا نفترض أن الكالسيوم المترسب في الأنسجة اللينة -بما في ذلك جهاز الأوعية الدموية القلبية- سوف يظل هناك إلى الأبد، مما يسهل تكوين الرواسب وزيادة خطر الإصابة بأمراض القلب.

يوصي الأطباء بشدة بالتمارين البدنية المنتظمة كجزء من أي برنامج للصحة القلبية. ومن المثير للاهتمام أن التمارين المنتظمة تساعد أيضاً على تحسين الاكتئاب.

الاكتئاب بعد السكتات

يحدث الاكتئاب السريري لدى ٣٠-٥٠٪ من الناجين من السكتات. أما مظهر الاكتئاب الأكثر إثارة للاهتمام في هذا السياق فهو كونه مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً فيما يبدو بمكان إصابة المخ التي نشأت عن انسداد وعاء دموي أو نزف في نسيج المخ. ومعدل تكرار الاكتئاب يكون أكبر لدى من تأثرت المنطقة اليسرى الأمامية من مخاخهم. بالطبع يمكن أن نرى الاكتئاب لدى مرضى مصابين في مناطق أخرى أيضاً. وعندما لا يعالج المصابون بالسكتة المكتئبون من الاكتئاب، فإنهم يظهرون تحسناً بدنياً أقل بكثير على مدى العامين التاليين للمرض الأولي.

اكتئاب ما بعد السكتة يستجيب عموماً للعلاج بمضادات الاكتئاب المناسبة حيث تخف ملامحه النفسية والمعرفية؛ كما يشارك المرضى في إعادة التأهيل مشاركة أكثر نشاطاً، ويتحسن أداء الوظائف البدنية لديهم تحسناً أكبر بكثير.

الآثار الجانبية لمضادات الاكتئاب لدى المسنين

في حالة المرضى كبار السن، يجب استعمال مضادات الاكتئاب بعناية فائقة، لأن عدداً منها له آثار جانبية تؤثر على المسنين أكثر من غيرهم، منها على سبيل المثال هبوط ضغط الدم الانتصابي، ومضاعفات مضادات الكولين، مثل جفاف الفم والإمساك وتشوش الرؤية. مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية الأحدث ظهوراً مثل فلوكسيتين وسيرترالين، التي يبدو أن لها آثاراً جانبية أقل، تتقدم بسرعة لتصبح هي مضادات الاكتئاب المفضلة لعلاج كبار السن. وتستدعي كثرة حدوث المشكلات الطبية الأخرى، بما في ذلك أمراض القلب، والاختلافات في كيفية تعامل الجسد مع العقاقير -مثل سرعة أيض وطرح العديد من الأدوية- إجراء تقييم دقيق قبل البدء في إعطاء الأدوية، وفحصاً منتظماً خلال فترة إعطائها.

فضلاً عن ذلك، ونظراً لأن كبار السن غالباً ما يتناولون أدوية أخرى أيضاً، فإن التفاعلات بين مضادات الاكتئاب وهذه العقاقير يجب فهمها جيداً ومراقبتها بعناية. ومع ذلك، فإن استخدام مضادات الاكتئاب لا يحل محل العناية بالأمور النفسية والبيئية في حياة المسنين المكتئبين.

التعامل بإبداع مع الخسائر والتغيرات

هناك حكمة تقول: "كما تزرع تحصد". تلك الكلمات تنطبق على حياتنا بأكملها. تنمو نقاط القوة والمرونة اللازمة للتعامل مع الخسائر والتغيرات المصاحبة للتقدم في السن منذ سنوات الإنسان الأولى. ولكي تبلغ السبعين في ظل وجود نظام دعم متين، من المهم أن تنمّي وتقدر العلاقات الأسرية والصداقات خلال جميع العقود السابقة من عمرك. ومن الحكمة أيضاً أن تفتح حسابك الخاص بالتقاعد مبكراً بقدر الإمكان بحيث تصبح أموالك معفاة من الضرائب وتكون في متناولك عندما لا يكون الضمان الاجتماعي وحده كافياً لسد احتياجاتك اليومية.

باع جون وأليشيا أندرسون بيتهما في بيتسبرج، بنسلفانيا، وهو البيت الذي عاشا فيه ٣٠ عاماً، وانتقلا للعيش في سانت بطرسبرج، فلوريدا. كانا يحلمان بلعب الجولف والجلوس في شرفة شقتهما في نهاية كل يوم لمشاهدة الشمس وهي تغرب على خليج المكسيك.

ولكن أليشيا وجون لم يقوما بالاستعدادات اللازمة. فلم يكن أي منهما اجتماعياً بدرجة كبيرة، وبالتالي، لم يكن تكوين صداقات جديدة بالأمر السهل. كما أساء جون بشدة تقدير تكلفة شراء شقة بعوائد بيع منزلهما في بيتسبرج. أضف إلى ذلك أنه لم يسبق لهما أبداً أن قضيا أكثر من أسبوع كل بضع سنوات في فلوريدا. لذا، عندما واجههما يوم شديد الحرارة تلو الآخر، وجدا نفسيهما يقضيان معظم وقتهما داخل البيت، فارتفعت فاتورة تكييف الهواء ارتفاعاً حاداً.

كان للزوجين ثلاثة أبناء متزوجين. ابنتان تعيشان في بيتسبرج؛ وابن يعيش في بوسطن. بطبيعة الحال، كانا يأملان أن يزورهما أولادهما وأحفادهما بانتظام. ولكن مع انتهاء عامهما الأول في فلوريدا، لم يزرهما إلا ابنهما مرة واحدة بمفرده لثلاثة أيام فقط. ولم يكن جون وأليشيا يستطيعان تحمل نفقات أكثر من رحلة واحدة إلى الشمال سنوياً.

عمل جون معظم حياته في إدارة متجر صغير لملابس الرجال، وكان يحب عمله ويستمتع باتصاله المنتظم بزبائنه الذين صار يعرفهم جيداً على مر السنين. كان بوسعه أن يستمر في العمل هناك لأي فترة يشاء، وانفصاله عنه لم يكن سهلاً. والآن، لم يكن لديه شيء كثير يفعله بخلاف قراءة الجرائد، وشراء الخضراوات، ومشاهدة التليفزيون بعد أن ثبت أن حلمه بلعب الجولف مكلف أكثر مما يطيق. وبالتدريج أخذت الكآبة وسرعة الاهتياج تحيطان به. وفي مواجهة اكتئابه المتصاعد، بدأت أليشيا تشعر أن شقتهما بيضاء الجدران برتقالية السقف المطلة على أرض سمراء قاحلة والواقعة ضمن مجموعة من مائة شقة لا يمكن التمييز بينها قد أصبحت سجناً.

وبإصرار منها، استشار جون طبيباً نفسياً أعطاه مضاداً للاكتئاب وأحاله إلى مستشار لتلقي العلاج على يديه. وعلى مدار الأسابيع القليلة التالية، أظهر تحسناً ضئيلاً. وعندما بدأ يشكو من مجموعة من الأوجاع والآلام التي لم يجد لها طبيب المركز الصحي المحلي تفسيراً، كانت أليشيا قد نالت ما يكفيها.

تحدثت بنبرة كان جون يعلم أنها لا تقصد بها الشجار قائلة: "لقد تحملنا هذا بما يكفي يا جون. لم أعد أستطيع التحمل أكثر من ذلك. سنعود إلى موطننا!".

وفي غضون ٣ أشهر من عودتهما للإقامة في شقة جميلة بحديقة في إحدى ضواحي بيتسبرج، كان اكتئاب جون قد اختفى تماماً، رغم أنه ظل يشعر ببعض الحرج بسبب التجربة التي مر بها. بالنسبة للزوجين أندرسون، لم يكن الاكتئاب مجرد إشارة حاسمة تدل على أنهما أساءا التقدير بدرجة خطيرة بانتقالهما إلى فلوريدا. لقد كان الشرارة التي حركتهما ودفعتهما للتغلب على الجمود والشعور بالخزي، وأجبرتهما على الاعتراف بخطئهما وتصحيحه، والعودة إلى المكان الذي يمكنهما أن يقضيا فيه بقية سنواتهما في جوٍ ألفاه.

يقول تاجر حبوب يبلغ من العمر ٧٢ عاماً: "كنت أعلم أين أريد أن أتقاعد منذ أن كنت في الأربعين من عمري. على ضفاف نهر شروزبيري بالقرب من ريد بنك في نيوجيرسي، على بعد ساعة واحدة فقط من البلدة التي عشت فيها طوال حياتي. لذا، عندما كنت في الأربعين، اشتريت قطعة أرض تطل على النهر مباشرة؛ كان في وسع المرء في تلك الأيام أن يشتري عقاراً يطل على الماء. كانت مكسوة بالأشجار والشجيرات وكنت أضطر إلى شق طريقي بين الأدغال للوصول إلى النهر. اعتدنا الذهاب إلى هناك اثنتي عشرة مرة سنوياً، والوقوف على تلك الأرض، حيث كنت أتخيل البيت الذي سأبنيه هناك عندما لا أكون في حاجة إلى السفر يومياً إلى نيويورك. وبعد أن انتهينا من البناء منذ ست سنوات، أحسست أنا وزوجتي أننا بصدد الانتقال للعيش في مكان أمضينا فيه أيضاً معظم حياتنا".

ليس بالضرورة أن يكون التقدم في السن أمراً كئيباً ومثار تعاسة. يمكن لهذه المرحلة أن تكون مشبعة بقدر إشباع أي مرحلة أخرى إذا كان المرء يعرف كيف يتعامل مع التغيرات التي تجلبها السن ولحظات الاكتئاب التي تحدثها هذه التغيرات. "تحرك أبطأ قليلاً" بيت من إحدى أغنيات "فرانك سيناترا". فلماذا لا نتحرك أبطأ قليلاً؟ لماذا لا نتروى في النظر وإعادة النظر في مغزى الحياة؟ في مقولة لـ "تي. إس. إليوت" نعيد صياغتها: إنك تصل حيث بدأت و"تعرف المكان لأول مرة".

الفصل ١٥

البيئات المسببة للاكتئاب

هناك تفاعل مستمر بين كل إنسان وبين بيئته. هذا التفاعل دائماً ما يكون في حالة تدفق. فعندما يحدث شيء ما في بيئة الإنسان، فإنه يستجيب له. وتلك الاستجابة تولد بدورها استجابة أخرى من البيئة، ويستجيب الإنسان لهذه الاستجابة مرة أخرى.

هناك تباين كبير في درجة حساسية الناس للمؤثرات الخارجية. فبعض الناس شديد الحساسية لما يحدث حوله، والبعض ليسوا كذلك. فالبيئة بالنسبة للفريق الأول يمكن أن يكون لها أثر عميق على مزاجهم. وربما كان عالمهم يؤكد بانتظام على الإحساس السوي بتقدير الذات، ويسمح بالتعبير عن المشاعر، ويوفر لهم جواً من الأمل. ومن ناحية أخرى، إذا كانت بيئتهم لا توفر دعماً للأنا، أو تمنعهم من الاعتماد على الذات، أو تثير العداء فيهم وتعوق تحريره في الوقت نفسه، أو تثير إحساساً غير ضروري بالذنب، أو تتسبب في الشعور بالوحدة والرفض، يمكن أن تسمى "بيئة مسببة للاكتئاب". وبيئة كهذه يمكن أن تتسبب في اكتئاب معظم من يعيشون فيها.

تأمل أثر تعليق تهكمي في أبسط عباراته. إنه إهانة في الأساس. إلى أي مدى سيجرح هذا التعليق الشخص الذي تم توجيهه إليه؟ يتوقف هذا على مدى اعتماد هذا الشخص في تقديره واحترامه لذاته على رأي الشخص الذي بدر منه هذا التعليق، ومدى تكرار تعرضه لمثل هذه الهجمات. تأمل الحوار التالي:

الزوج: سأتأخر حوالي ساعة عن العشاء الليلة. سأقابل بوب وأتناول معه مشروباً أثناء مناقشة وثيقة التأمين.

الزوجة: اذهب إذن، واقضِ وقتاً ممتعاً بدوني. ولا يهم متى ستعود.

الزوج *(وهو يشعر بجرح واهتياج طفيفين)*: بل يهم. ولكن هذا هو الوقت الوحيد الذي يمكننا أن نتقابل فيه. وهذا أمر مهم. إننا لن نقيم حفلاً راقصاً بل سنناقش أموراً تخص أمننا المالي: أمنك وأمني. (يقول في نفسه: "ما الخطأ الذي ارتكبته الآن؟").

الاستفزاز هنا يتمثل في إعلان الزوج أنه سيتأخر عن العشاء. ورد فعل زوجته تهكمي. إنه يهدف إلى جرحه وإشعاره بالذنب. وقد نجح في ذلك، لأن زوجها يحبها ويهتم بمشاعرها وبكيفية نظرتها إليه. فإذا كان الزوج يعاني من مشكلة قديمة تتعلق بتخصيص وقته، فإن رد فعلها ربما يكون مبرراً تماماً. ومن ناحية أخرى، إذا كانت الزوجة مفرطة الحساسية للرفض، أو ميالة إلى التنافس وتحسده في الأساس على فرصة قضاء ساعة مع صديق وزميل، فإن رد فعلها مشوه؛ بمعنى أنه يستند إلى حاجاتها هي أكثر من استناده إلى حقيقة الموقف. وفي هذه الحالة، فإنها تسهم في المناخ المسبب للاكتئاب في بيتها.

البيئات المسببة للاكتئاب وتقدير الذات

تفشل البيئة المسببة للاكتئاب في تزويد الناس بالدعم الكافي لتقدير الذات لديهم -وكثيراً في واقع الأمر ما تقوض هذا التقدير بفعالية- أو تنشط بشكل متكرر انفعالات وصراعات لا يمكن للأفراد الحساسين سريعي التأثر التعامل معها دون

أن يصابوا بالاكتئاب. وقد يكون أثر مثل هذه البيئة خفيفاً أو شديداً حسب شدة واستمرار العوامل المسببة للاكتئاب.

وما لم يكن الناس مكتئبين بالفعل، فمن الممكن عادة أن يتغاضوا عن الاستفزازات الصادرة ممن لا يمثلون لهم أهمية كبيرة، أو أن يستجيبوا لها بقليل من الغضب. ولكن التعرض لهجوم من قبل شخص يكنون تقديراً كبيراً لحبه واحترامه لهم يمكن أن يولد شعوراً بالألم، أو الذنب، أو العجز قد يكون له أثر بالغ. وينطبق هذا بشكل خاص عندما لا يركز النقد على الشخص، ويشتمل بدلاً من ذلك على تعليقات ليست ذات صلة وتمس شخصيته. فعندما يقوّم أحد الأبوين ولده بقوله: "كف عن هذا! ستكسر ما بيدك!"، يكون أثر مقولته هذه على الطفل مختلفاً تماماً عن الأثر الناشئ عن هتاف من قبيل: "كف عن هذا! كيف يمكن أن تكون بهذا الغباء!". كثيراً جداً ما يتفاعل البالغون مع بعضهم البعض -بصورة شفهية وغير شفهية- بطرق تذكرنا بعلاقات الآباء والأطفال، بمعنى أنها تستهدف الأنا لا القضية.

كل إنسان يعتمد بدرجة ما على الطريقة التي يراه بها أولئك الأشخاص الذين يثق بهم. عندئذ، إما يتم تثبيت تصور المرء لذاته وإما تشويش هذا التصور. فإطراء من رئيس في العمل يمكن أن يؤكد أن المرء يؤدي عمله بكفاءة وإتقان. وتجاوز المرء في ترقية يستحقها أو تعرضه للنقد الفوري بسبب الأخطاء، وعدم الحصول في الوقت نفسه على التقدير مقابل جودة الأداء، يولد لدى معظم الناس مزيجاً من الألم، والغضب، والشك في قدراتهم، مما قد يؤدي إلى الاكتئاب. وتعرض المرء لموقف: "أنا على صواب، وأنت لست على صواب" في علاقة زوجية من شأنه أن يحطم إحساس المرء بقيمة ذاته وجدارته، إلا إذا كان منعزلاً وغير متجاوب لدرجة لا تسمح للرسائل النقدية التي تقلل من شأنه بالوصول إليه والنيل منه.

إذا كانت التقييمات الموجهة للناس من الأشخاص المقربين منهم مشوشة ومشوهة، فسوف يكون لها يقيناً أثر ضار على الصورة التي يرسمها المتلقي لذاته. فالأسئلة التي تطرح كاتهامات أكثر منها كأسئلة -مثل: "لماذا أنت غاضب دائماً إلى هذا الحد؟"، "لمَ أنت شديد الأنانية والجحود؟"، "لماذا لا تكوني زوجة أفضل؟"- سوف تسفر عن حالة داخلية من التشوش والشك لدى الشخص الذي يتم توجيهها

إليه. وحتى عندما تحتوي على قدر من الحقيقة، فمن المرجح أنها ستثير موقفاً دفاعياً بدلاً من أن تحدث الفهم والتبصر. وعندما تكون غير صحيحة، ولا دليل عليها، ومجرد انعكاس لصراعات داخلية وأفكار خاطئة مشوهة لدى الشخص الذي يوجه النقد بدلاً من أن تكون موجهة لسلوكيات الشخص الذي يتلقى النقد، فإنها يمكن أن تهدد إحساس المتلقي بذاته وهويته تهديداً خطيراً.

تتكون البيئة المسببة للاكتئاب من آلاف من التفاعلات الشفهية وغير الشفهية التي تحدث يومياً وتؤدي إلى فقد الشخص الحساس لتقديره لذاته، وتسبب له شعوراً بالذنب، وغضباً مكبوتاً، وإحساساً مزمناً بأن أحداً لا يفهمه. ويوضح الحوار التالي بين أب وابنه عملية إثارة الشعور بالذنب:

الأب: لماذا لم تأتِ لزيارتنا خلال العطلة الأسبوعية الماضية؟

الابن: اضطررت أنا وماري لاصطحاب الأطفال في نزهة. كنت أظن أنني أخبرتك.

الأب: لا أذكر ذلك. يبدو أنك لم تعد مهتماً بأن تقضي معي أنا وأمك نفس الوقت الذي كنت تقضيه معنا سابقاً.

الابن *(منزعجاً قليلاً)*: إننا هنا اليوم. كما أننا قضينا معكم الشهر الماضي أسبوعاً كاملاً، أي معظم عطلتي.

الأب: أشعر أنك شخص غريب إلى حد ما. إنني لم أعد شاباً. وأمك تنزعج جداً عندما لا تستطيع المجيء.

لو أن ابنه كان فعلاً يتجنبه، فإن الأب في هذا المثال ربما يكون لديه سبب منصف لتوجيه النقد. ولكن ما يحدث هو أن ابنه وزوجة ابنه وأحفاده يقضون عطلة أسبوعية أو عطلتين كل شهر معه. وما يستاء منه الأب في الأساس هو حصول أولاده على الاستقلال التام اقتصادياً وشخصياً، وقد كان بحاجة إلى السيطرة التي كان يمارسها على أسرته ذات يوم وضاع معظمها الآن. لقد كان هو نفسه مكتئباً، ولكن

لأنه لا يريد الاعتراف بذلك، جاء رد فعله في صورة تثير إحساس من حوله بالذنب كما لو أنهم رفضوه. هذا لم يقلل من وحدته ورغبته الصادقة في رؤيتهم، ولكنه أثار إحساساً بالذنب لديهم وأوجد جواً مسبباً للاكتئاب في بيته.

بيئات مسببة للاكتئاب لدى البعض دون البعض

في البيت أو الشركة، البيئة التي تسبب الاكتئاب لشخص قد لا تسببه لآخر. أصيب محامٍ شاب بالإحباط والاكتئاب بشكل متكرر طوال عمله لدى شركة كبرى ذات هيكل تنظيمي صارم. لم يكن لديه عملاء خاصون به، وكان عمله بأكمله يخضع للمراجعة الدقيقة. كان متلهفاً لتحمل مسئولية أكبر، ولكنه كان يعلم أن أمامه سنوات ليحقق هذا الهدف.

كان طالباً متميزاً في الكلية ولا يفتقر للدرجات العالية التي تدعم وتعزز تقديره لذاته. كان أيضاً "مبادراً" بدرجة كبيرة، ولكنه وجد صعوبة في العمل في إطار القيود الإدارية الصارمة التي تفرضها شركة المحاماة. وبعد فترة من التثبيط والإحباط، تخللتها مجادلات ساخنة مع رئيسه المباشر، ترك العمل ووجد وظيفة أخرى في شركة أصغر وأقل شهرة كانت لا تفرض نظاماً صارماً فيما يتعلق بتسلسل القيادة، وتتيح له فوراً الوصول إلى أي واحد من كبار الأعضاء فيها. في تلك الشركة، شجعوه على أن يتحمل أكبر قدر يستطيع التعامل معه من المسئولية، وبدأ يتعامل مع عمله بأمل وحماس متجددين.

وفي حين أن العمل في مؤسسة ذات هيكل تنظيمي صارم قد يتسبب في اكتئاب فرد يريد تحقيق ذاته، فإن العمل في شركة أقل تنظيماً قد يتسبب في اكتئاب شخص يحتاج إلى درجة كبيرة من النظام ليشعر بالأمان ويؤدي مهامه بمزيد من الفعالية. "كل ما هنالك أنني لم أعرف دوري في وظيفتي السابقة. لم أكن أبداً على يقين مما كان مطلوباً مني. لم يكن هناك كثير من التقييم وكنت متروكاً إلى حد كبير أتصرف بحرية". بعد عامين من التخرج، حصل هذا العالم الشاب على وظيفة محترمة لدى شركة شهيرة كانت تعطي لجميع أفرادها قدراً كبيراً من الحرية والمسئولية. وكان هذا الشخص اعتمادياً إلى أقصى درجة على آراء الآخرين. وعندما تركوه بمفرده

مع أجهزته، كان يعمل لمدة ١٠-١٢ ساعة يومياً، ساعياً وراء الكمال، ولم يكن يعرف أبداً كيف يضع حداً لجهوده، حتى تزايد عدم ثقته بنفسه وصار خائفاً من الاستغناء عنه لعدم كفاءته في عمله.

أخيراً قرر أنه من الأفضل بالنسبة له أن يجد لنفسه وظيفة أكثر تنظيماً، فعمل مدرساً لطلاب في الدراسات العليا. وبعد أن أصبح أكثر قدرة على تحديد مسئولياته ومكانه داخل المؤسسة، أحس بارتياح شديد وأصبح أداؤه في العمل ممتازاً إلى أبعد حد.

بيئات مسببة للاكتئاب لدى الجميع

غير أن هناك بعض البيئات التي تسبب الاكتئاب لكل من يعيش أو يعمل فيها تقريباً. على سبيل المثال، إذا صار هيكل المؤسسة معقداً ومقيداً أكثر مما ينبغي، كما هي الحال في كثير من الشركات البيروقراطية، فإن الأثر النهائي يمكن أن يكون خانقاً لكل من يعملون فيها أو يضطرون إلى التعامل معها.

تحل النماذج والإجراءات الروتينية محل التقدير الفردي. ومع تكيف الموظفين مع النظام بنجاح، يفقدون قدرتهم على اتخاذ القرار وتتلاشى مرونتهم. ويحل الأسلوب القهري محل التصرف البناء، من خلال سلسلة من التأخيرات والمستويات التي ينبغي أن يمر كل عنصر من خلالها، سواء استغرق الأمر أسابيع أو شهوراً أو حتى سنوات.

فقد الحساسية في هذه البيئة له طابع يصيب بالكآبة على نحو خبيث لدرجة أنه يستطيع أن يخفي عمن فيها إحساسهم الداخلي بالاكتئاب. قال موظف بإحدى الشركات: "لم أعلم أنني مكتئب طوال تلك السنوات حتى تقاعدت. كنت أرى الآخرين جميعاً في نفس القارب، فظننت أن تلك هي طبيعة الأمور".

الاكتئاب معدٍ

إحدى السمات التي تميز بعض البيئات المسببة للاكتئاب أنها تتكون إلى حد كبير من أناس هم أنفسهم واقعون في فخ الاكتئاب المزمن، غالباً دون إدراك، نتيجة

لصراعات تنشأ في حياتهم الشخصية وتنتقل إلى العمل. وكثيراً ما يرحل الأشخاص الذين هم أكثر نشاطاً واستقلالية، أما من يتبقون فيخلقون جواً من العبث واليأس يبدو ملائماً للمحيط، ويعززون باستمرار الاكتئاب لدى بعضهم البعض.

الاكتئاب معدٍ. فالأطباء والمرضات الذين يعملون مع المكتئبين في مستشفيات الأمراض النفسية غالباً ما يغادرون في نهاية اليوم منهكين ويتساءلون بشأن حياتهم الخاصة. فبعد قضاء ساعات وهم محاطون بمرضى يشكون من تعاستهم، ويقاومون الجهود المبذولة لطمأنتهم وتشجيعهم، ويرفضون بعناد مخالطة الآخرين أو حضور الأنشطة الترويحية، كثيراً ما يجد أفراد الطاقم أنفسهم يكتسبون التشاؤم واليأس اللذين يتعرضون لهما، وهذا يمكن أن يحدث رغم كونهم مدربين مهنياً ويدركون أن النتيجة النهائية لما ستئول إليه كثير من حالات هؤلاء المرضى ممتازة.

بعبارة أخرى، المكتئبون يساعدون على خلق بيئاتهم الخاصة المسببة للاكتئاب. قالت امرأة تبلغ من العمر ٤٣ عاماً وهي تصف الأثر الذي تركته عليها حياتها مع زوجها المكتئب: "أحب كارل. أحبه حقاً. ولكن إن لم تستطع فعل شيء لمساعدته أيها الطبيب، فإنني لا أدري كم يمكنني الاحتمال أكثر من ذلك. إنني امرأة مرحة بطبيعتي وأظن أن أي مشكلة تقريباً يمكن أن نجد لها حلاً. ولكن خلال العام الماضي، أبدى كارل تشاؤماً واكتئاباً شديداً لدرجة أنني بدأت أنا نفسي أصير كذلك. لا نستطيع أبداً أن نضع خطة، وبات الأمر كما لو أنه لا يوجد مستقبل. إنه يستنزفني".

الرموز الأكثر أهمية في أي جماعة -سواء كانت أسرة، أو شركة، أو حكومة- هم الشخصيات المؤثرة أكثر من غيرهم على الطابع النفسي للبيئة في هذه الجماعة. في الشركات، هناك الرئيس التنفيذي ومساعدوه المباشرون. وفي البيت، يمارس الأب أو الأبوان النفوذ الأقوى في تحديد الجو العام للبيئة. وكل جماعة تكتسب خصائصها بدرجة كبيرة من قيادتها. فإذا كانت القيادة مسببة للاكتئاب، كانت البيئة كذلك.

تم تعيين هارولد ميلز نائباً للرئيس التنفيذي بإحدى شركات الكيماويات الكبرى وهو في عمر ٤٧ عاماً. وبصفته مهندساً بالمهنة، كانت خبرته بالإدارة ضئيلة. والآن تم تعيينه لإدارة مؤسسة تضم آلاف الموظفين.

ظن ميلز -غير المدرك لافتقاره للكفاءة التنفيذية- أنه قائد جيد ورفض اقتراحاً

بأن يقضي بضعة أشهر في أحد البرامج المتقدمة للتدريب على الإدارة. كان بطبيعته شخصاً بالغ الارتياب والحساسية؛ الحساسية تجاه مشاعره الخاصة، وليس مشاعر الآخرين. كان بطيئاً في اتخاذ القرارات، ويحب دراسة المسائل دراسة مطولة قبل أن يبدي فيها رأياً. ولم يكن في الغالب يدرك احتياجات من يعملون تحت رئاسته، أو يستجيب لتلك الاحتياجات.

فضل ميلز أن يسيطر بحزم على كل شيء يدور في الشركة. لم يكن يريد لأي فرد أن يبرز بقوة أو يمتلك نفوذاً كبيراً لدرجة تعرض قيادته للخطر. ورغم بطئه في الاستجابة للاقتراحات أو الطلبات العادية، وعدم تقديمه إلا قليلاً من الدعم -إن فعل أصلاً- للموظفين الأكثر نشاطاً وإبداعاً بالشركة، كان يستجيب بسهولة للضغوط فيرضخ لمطالب كبار التنفيذيين في مراكز القوة. فمثلاً، إذا طلب نائب الرئيس المسئول عن المبيعات، صاحب التاريخ الطويل من العلاقات الممتازة مع العملاء، مزيداً من الموظفين وتخصيص ميزانية أكبر، ولوح بتقديم استقالته في حال رفض طلبه، كان ميلز يمنحه المال، كارهاً. وفي المقابل، إذا عرضت عليه -بطريقة منفتحة وبناءة- خطة مبتكرة لتطوير أعمال جديدة، فإنه يظل يؤجلها أسابيع وأحياناً شهوراً. وإذا أعطى الموافقة في النهاية، فإنه غالباً ما يفشل في دعم الاستراتيجية في اللحظات الحرجة.

تسبب ميله إلى الانسحاب -إلا إذا أُكرِه على التصرف- في فراغ خطير في القيادة. وقد تفاقم هذا الوضع أكثر نتيجة تطبيق مبدأ فرِّق تسد. فكان يؤلب مساعداً على آخر، ومجموعة البحث والتطوير على منفذي المبيعات، ومجلس الإدارة على فريقه الذي اختاره بنفسه، كل ذلك بهدف الاحتفاظ بالسيطرة، فكانت النتيجة بيئة مسببة للاكتئاب بشكل خطير.

عندما وصل هارولد ميلز إلى الشركة، كانت تضم نصف دستة من القادة البارعين النشطين في مختلف المواقع. استقال أحدهم متوقعاً حدوث مشكلات بمجرد أن علم بالشخص الذي سيتولى المسئولية. وخلال السنوات الثلاث التالية، استقال الموظفون الرئيسيون بالشركة تدريجياً واحداً تلو الآخر ليجدوا لأنفسهم أماكن أخرى يمكنهم العمل فيها بفعالية.

أحد التنفيذيين على وجه الخصوص أصيب باكتئاب خطير قبل أن يتمكن من إقناع نفسه بالانتقال إلى عمل آخر. رغم أن إد فوس كان شكاكاً، فإنه كان مستعداً لإعطاء فرصة لنائب الرئيس التنفيذي الجديد. وبعد وصول هارولد ميلز بستة أشهر، قدم له إد مخططاً مهماً لإعادة تنظيم أسلوب تسويق أحد أهم منتجات الشركة. أخر ميلز الخطة ٣ أشهر، وعندما كان يسأله إد عنها كان يجيب قائلاً: "سأنظر فيها في أقرب وقت". وبعد ذلك، بدأ إد يتلقى رسائل مشوشة ومختلطة من مكتب ميلز. في البداية، أخبروه أنه سيتم تقليص ميزانية العام المقبل بسبب انخفاض الأرباح. بعد ذلك، أرسلوا إليه رسالة قصيرة تشيد بتقرير كان قد سلمه قبل اجتماع لمجلس الإدارة.

وفي مؤتمر صغير حضره التنفيذيون، أبدى تعليقاً انتقادياً خفيفاً يدل على انزعاجه من تأخر رد ميلز بخصوص خطته التسويقية. وبعد ثلاثة أسابيع، دُعي إلى مكتب ميلز الذي قال له: "أدرك يا إد أنك تنتقد بشدة الطريقة التي أدير بها هذه الشركة. فإذا كان الوضع لا يروقك هنا، يمكنك أن ترحل بكل تأكيد. بصراحة عملك ليس مثار إعجاب كبير على أي حال".

بعد ذلك بشهر، تلقى تعقيباً على خطته أشار فيه هارولد إلى جودة الخطة، ولكنه أضاف أن التوقيت غير مناسب لتبني مثل هذا الأسلوب. وكانت استجابة إد لهذا الحدث هي الشعور بالإحباط وعدم الثقة بالنفس. فبعد أن فقد قدرته على رؤية الأمور من منظور صحيح في تقييمه الأولي لهارولد، بدأ يشعر أنه يفقد براعته، وأن أداءه في العمل ربما تدهور بالفعل. أحس بالقلق والهياج، ووجد صعوبة في النوم ليلاً، وفي بعض الأحيان، كان يشعر أن مستقبله المهني قارب نهايته. كان قد عمل لدى هذه الشركة لأكثر من ١٠ سنوات، وحتى ذلك الحين، لم يكن يفكر أبداً في الانتقال إلى مكان آخر.

كانت العوامل المسببة لاستجابته الاكتئابية واضحة. كان شخصاً حساساً بطبيعته، وكان يستحق بعض التقدير لعمله ممن هم في مراكز السلطة بالشركة. فلو أن ميلز أخبره صراحة أنه لن يدعم عمله، لأمكنه أن يعالج هذا الرفض الصريح بحزم وحسم. ولكن ميلز لم يفعل ذلك، وبدلاً من ذلك، جاء رده في صورة رسائل

متضاربة من قبيل: "نريد الإبقاء عليك في الشركة، ولكننا لن نقدم لك أي دعم"، و"لست مهتماً بشكاواك، ولكنك إذا مارست ضغطاً كافياً -هددتني وعنفتني بقسوة- فربما أرضخ لمطالبك حينها".

وأخيراً، كانت هناك حاجة ميلز المرضية للاحتفاظ بالسيطرة طيلة الوقت حتى على حساب نمو الشركة. ولضمان هذه السيطرة، أضعف معنويات مرءوسيه بشكل عفوي. وبعد ذلك بأربع سنوات، وفي أعقاب بيان أرباح وخسائر كارثي، طلب مجلس الإدارة من ميلز تقديم استقالته. وعندما جاء ذلك الوقت، كانت المراكز المهمة في الشركة لا يشغلها إلا موظفون سمحت لهم صفاتهم الشخصية الفريدة بالبقاء، وأحياناً الازدهار، في الطبيعة المسببة للاكتئاب للبيئة التي أوجدها.

كيف يصيب الناس أفراد الأسرة بالاكتئاب

تتشابه المبادئ التي تشارك في صنع بيئة مسببة للاكتئاب سواء كانت المؤسسة كبيرة كشركة كبرى أو صغيرة كأسرة. أما التكتيكات الأكثر شيوعاً المستخدمة لإثارة الاكتئاب داخل الأسر، فتشمل ما يلي:

١. منع الفرد من الحصول على درجة معينة من الحرية مع احتفاظ واحد أو أكثر من أفراد الأسرة بالسيطرة.

٢. إثارة قلق الانفصال؛ بمعنى تشجيع الاعتماد الذي يقنع الفرد الأكثر اعتمادية بأنه قد لا يستطيع البقاء والاستمرار بدون الدعم العاطفي الذي يتلقاه من الطرف الآخر.

٣. إعطاء رسائل متضاربة تقوض تقدير الذات وتمنع في الوقت نفسه الدفاع الشرعي عن النفس مثل: "أحبك، رغم طبيعة شخصيتك".

٤. إثارة الشعور بالذنب مراراً بجعل أحد أفراد الأسرة يشعر بالمسئولية بغض النظر عن الحقائق.

٥. إساءة تفسير النوايا والدوافع بحيث يبدأ الفرد الأقل أمناً بالشك في فهمه للأمور، برغم أنه قد يكون أكثر دقة.

٦. إفساد التفاعلات العائلية بالتنافس النابع من الحسد والغيرة.

٧. خلق بيئة رتيبة غير محفزة، وتقاوم أي جهود لإضفاء المرح والعفوية والبهجة.

٨. رفض السماح بالتعبير عن أي انفعالات بشكل علني صريح، خاصة الحسم، والتعبير المبرر عن الغضب.

٩. استخدام حالة مزمنة من الاكتئاب للتعبير عن الغضب بطريق غير مباشر، مما يجعل أفراد الأسرة الآخرين يشعرون بالعجز والذنب والتشوش في هذه الأثناء.

١٠. منع التواصل الصريح المباشر.

خلال العقود القليلة الماضية، صار المعالجون أكثر وعياً بأهمية التعامل مع الأسرة بأكملها بدلاً من قصر العلاج على الشخص "المريض" وحده. في منهج التحليل النفسي الذي كان متبعاً في العلاج سابقاً، كان هناك افتراض بأنه بمجرد تعافي المكتئب، فإنه سيكون قادراً على التعامل مع أي ظروف بيئية باستثناء الظروف الأكثر تدميراً. ولكن تبين أن كثيراً من المرضى يصلون إلى مرحلة ثبات نسبي في التحسن، وعندها لا يستطيعون تحقيق المزيد من التحسن. كان هذا يترجم في البداية على أنه "مقاومة". ولكن الآن، أصبح واضحاً أن أفراد أسر بعض المرضى ربما تكون لديهم مصالح مكتسبة في منعهم من الخروج من اكتئابهم. في مثل هذه الحالات، يحاول المعالجون غالباً إشراك الأسر في التجربة العلاجية بغرض تعديل العناصر المسببة للاكتئاب في البيت. في بعض الأحيان، يستطيع المرضى، في ظل المعرفة والأفكار الجديدة، النجاح في تغيير مواقف أفراد الأسرة الآخرين بأنفسهم. وفي أحيان أخرى، يحدث انهيار تام في التواصل داخل الأسر لدرجة أن المرضى لا يكون لديهم خيار إلا الابتعاد عن أسرهم.

في كتابهما The Intimate Enemy، لفت "جورج باك" و"بيتر وايدن" الانتباه، خلال وصفهما للطرق الهدامة العديدة لتوجيه العداء بين الأزواج، إلى حيلة سادية

أطلقا عليها مصطلح "مصباح الغاز"، التي تشتمل على التشويه التدريجي لإدراكات الضحايا لأنفسهم وبيئتهم. وهذا المصطلح مشتق من الفيلم الكلاسيكي Gaslight الذي لعبت فيه "إنجريد بيرجمان" دور عروس شابة يدفعها زوجها إلى الجنون. فمن بين مناورات شيطانية أخرى، ظل "تشارلز بوير" -الذي قام بدور الزوج- يرفع إضاءة المصابيح ويخفضها، مع إنكاره في الوقت نفسه حدوث أي تغيير فيها. كانت زوجته ممزقة بين إدراكها لحقيقة أن المصابيح تومض ثم تخبو، وإصراره على عدم حدوث ذلك. ورغم أن نوايا بوير -التي أحبطها لحسن الحظ وصول جوزيف كوتن- كانت أكثر شراً، فإن وجود صور مختلفة لهذا الموضوع في الحياة اليومية يؤدي عموماً إلى إصابة الضحايا بالاكتئاب.

في المثال التالي، يمكن إرجاع اكتئاب فتاة مراهقة إلى استخدام أمها لأساليب معدلة من حيلة مصباح الغاز. قالت الفتاة: "ليس لدي أي ثقة بنفسي. لا أشعر أنني فتاة جذابة. أنا طالبة جيدة، ولكني لست متميزة. لا أدري ما أريد أن أفعله في حياتي، ولا أهتم بذلك لأن عمري ١٧ عاماً فحسب. الذي يؤثر في حقاً أنني لا أستطيع التفكير في نفسي بطريقة بناءة؛ فأنا منشغلة أكثر مما ينبغي بالتفكير في طريقة نظر أمي لي".

"إنها تصفني بأنني بدينة وغبية، وإذا بكيت سألتني عما يضايقني. غضبت منها بضع مرات. لقد تصرفت بطريقة جرحتني حقاً، كما لو أنني فعلت شيئاً شنيعاً. اتهمتني بأنني جاحدة لكل ما فعلته من أجلي".

"ما الذي فعلته من أجلي؟ كنت أريد الالتحاق بالجامعة فلم نستطع تحمل التكاليف. كان بمقدروي الحصول على مساعدة حكومية، ولكنها رفضت ذلك. عندما كنت أعود إلى البيت متأخرة أحياناً من إحدى الحفلات أو المناسبات، كانت تصفني بالبغيّ والمومس. هذا يجعلك لا تهتم بأي شيء بعد ذلك. لا أستطيع إرضاءها ولا أستطيع إرضاء نفسي".

"لا أحصل على أي دعم من أبي. إنه رجل هادئ ولا يدافع أبداً عن نفسه. أخبرتني أمي أنها كانت ستتركه بعد زواجهما بعام أو عامين، ولكنها لم تستطع ذلك من أجلي. كلما حاولت الحديث معه حول أي شيء جاد، كان يصدني. أنا حزينة جداً

من أجله ولا أستطيع فهم سبب بقائه معها؛ فهي تعامله كما لو كان نكرة، وأقل من نكرة".

كانت أم هذه الفتاة بما اتصفت به من قسوة، وأنانية، واستبداد، وإثارة للشعور بالذنب هي المؤثر الرئيسي في شخصية الأسرة. لقد نجحت على مدى سنوات في جعل زوجها ينسحب إلى عالمه الخاص بينما تعمل هي باستمرار على تقويض معنويات ابنتها. كانت دوافعها اللاشعورية تتمثل في التنافس للتعبير عن حسدها لابنتها على شبابها وجاذبيتها، والسيطرة لمنع ابنتها من الاستقلال عنها، والإنكار لتركيز الاهتمام على مشكلات ومتاعب أفراد الأسرة الآخرين، وإبعاد النقد عن نفسها. لقد مضى وقت طويل منذ دخول زوجها في حالة من الاكتئاب المزمن. أما ابنتها التي أصيبت باكتئاب حاد لدى محاولتها الإفلات من نفوذ أمها، فقد سعت للحصول على إرشاد لمساعدتها في جهودها نحو الاستقلالية.

أوضح "بي. إف. سكينر" ذات مرة أن المقامرين يبدو أنهم يخالفون ما يسميه "قانون الأثر"، حيث يواصلون المقامرة، حتى وإن كان صافي ربحهم سلبياً. وبعبارة أخرى، إن اللاعب يفوز كثيراً بما يكفي لمواصلة اللعب، رغم حقيقة أنه يخسر كثيراً، وسوف يخسر في النهاية حتماً لأن الاحتمالات كلها ضده. وقد أرجع سكينر هذه الظاهرة إلى تأثير ما أسماه "جدول النسبة المتغيرة للتعزيز". ويمكن أن نرى عملية مماثلة في العلاقات الإنسانية، فيمكن تكرار رسالة "أحبك" كثيراً بالقول وبالفعل لإبقاء الشخص واقعاً في شرك العلاقة، رغم أنه يتعرض مراراً للامبالاة، وأحياناً الازدراء، وسوف يخسر في النهاية مثل المقامر. في لعبة المواعدة، واحدة من أكثر الطرق فعالية لإجبار الشخص الأكثر التزاماً على "التعلق والتلهف" هي تنشيط قلقه من خلال تكييف أثر مثل هذه الرسائل المتناقضة المتقطعة.

وصفت امرأة شابة تجربة المواعدة التي خاضتها كما يلي: "لا أستطيع أن أبعده عن بالي. في إحدى العطلات الأسبوعية، يأخذني إلى (ناساو) ويخبرني أنني حياته. وفي الأسبوع التالي، يختفي تماما لمدة ١٠ أيام، وعندما يعاود الظهور يتصرف كما لو أنني مجرد صديقة أخرى. بل إنه يخبرني بأمر الفتيات الأخريات اللائي يخرج معهن. ولكن كلما حشدت الطاقة لإنهاء العلاقة، عاد بقوة من جديد ليخبرني أننا

يوماً ما وبطريقة ما سنعيش معاً. أحياناً أريد الموت فحسب؛ لا أستطيع التفكير في طريقة أخرى للتخلص منه".

إن حقيقة أن موقفاً ما أو بيئة ما تسبب الاكتئاب قد لا تتضح إلا بعد أن تتغير بشكل كبير. فعندما تكون التغيرات كبيرة -أي عندما تبدأ بيئة ذات هيكل صارم في الانهيار والتمزق- فإن الصراع بين الطريقتين القديمة والجديدة في فعل الأشياء يسبب الفوضى. وكلما كان الأشخاص أكثر وأقوى تكيفاً مع الهيكل السابق، زادت احتمالات معاناتهم من الاكتئاب عند محاولة تكييفهم مع الهيكل الجديد.

عندما تشهد أي مؤسسة تغيراً كبيراً -حتى عندما يكون هناك أمل في إعادة هيكلتها على مستوى جديد وأكثر فعالية- فإن بعض أفرادها المصابين فعلياً باكتئاب مزمن قد يدركون لأول مرة إصابتهم بالاكتئاب، وقد يصاب آخرون بالاكتئاب استجابة للتغيير نفسه. بالنسبة لأيّ من هاتين المجموعتين من الناس، يتيح هذا التصدع لكل فرد فرصة حقيقية لحل صراعاته العاطفية والتعلم من الاكتئاب، وكذلك للتعاون مع الآخرين لخلق بيئات لا تسبب الاكتئاب.

الفصل ١٦

الحياة مع شخص مكتئب

تساءلت ديانا برنت عن سبب عدم تلقيها اتصالاً من صديقتها المقربة لوري منذ حوالي شهرين. افترضت في البداية أن لوري مشغولة جداً ولا تستطيع معاودة الاتصال بها. وبمرور الأسابيع، بدأت ديانا تتساءل إن كانت فعلت شيئاً أغضب لوري، ولكنها لم تستطع التوصل إلى شيء محدد. بدأ شعورها بالألم يتراجع تدريجياً ليحل محله الانزعاج: "كان بوسعها على الأقل أن تتصل بي". وأخيراً، وبعد شعورها بالرفض من قبل صديقتها استنتجت أنها خسرت بكل بساطة صديقة مقربة دون سبب واضح.

ما لم تعرفه ديانا -لأن لوري لم تخبرها- هو أن لوري كانت مكتئبة، ونتيجة لذلك، انعزلت عن صديقاتها، غير راغبة في رؤية أي شخص، وغير راغبة في فرض اكتئابها وتعاستها عليهم، كما لم تشأ أن ينخرط في محاولات عقيمة لإدخال "البهجة" عليها.

نظراً لأن الانسحاب -عدم رغبة المرء في التواجد مع الناس وعدم رغبته في التواصل معهم عندما يكونون من حوله- علامة شائعة من علامات الإصابة بالاكتئاب، فإن "الطرف الآخر" كثيراً ما يشعر أن الشخص المكتئب يرفضه. علق

أحد الرجال قائلاً: "زوجتي لم تعد كما كانت. عندما أحاول التحدث إليها عن العمل، أو الأصدقاء، أو تغيير ديكورات المنزل، لا تكتفي بعدم إظهار أي حماس فحسب، بل لا تظهر أي استجابة على الإطلاق، أو تكون استجابتها في أحسن الأحوال مقتضبة. منذ أسبوع الآن وهي لم تظهر أي عاطفة تجاهي. عندما أثير هذا الموضوع، تكتفي بالاعتذار وتقول إنها ستحاول تحسين الأمر. وعندما أسألها ما الخطب، لا أصل إلى نتيجة. وعندما أسألها إن كنت فعلت أي شيء أزعجها، تقول لا ولكنها تتصرف كما لو أنني فعلت. والنتيجة النهائية لكل هذا هو أن حالتي النفسية بدأت تسوء. أشعر أنني مسئول، ولكني لا أدري عن ماذا".

أول افتراض يفترضه كثير من الناس عندما يعيشون مع شخص مكتئب أو تجمعهم علاقة به هو أنهم بشكل أو بآخر مسئولون عن تعاسته. والشعور بالذنب الذي يصاحب هذا الافتراض كثيراً ما يجعل الناس يريدون تجنب الشخص المكتئب. كما أن هذا الشعور -خاصة عندما يكون من الصعب فهم سبب الاكتئاب- يجعل هذا الفرد يحس بالاضطراب وسرعة الاهتياج مع المكتئب الذي يثير هذا الشعور لديه. عندما سئل أحد المعالجين إن كان العمل مع المكتئبين جعله يشعر بعدم الارتياح ونفاد الصبر، أجاب: "بصورة أقل مما يمكن أن يحدث؛ لأنني أمتلك قدرة أكبر من أسرة المكتئب على رؤية الأمور من منظور سليم؛ فأنا أعرف أنني لم أكن سبباً في تعاسته".

احتمال الشعور بالرفض أو الذنب يكون أكبر عندما لا يبدو أن هناك سبباً لاكتئاب المكتئبين. فعندما يكون هناك سبب محدد وواضح للتعاسة، لا يحتاج التعساء ولا مَن حولهم إلى التفكير العميق فيما يحدث. ولكن عندما يأتي الاكتئاب بعد حدث يفترض أنه سعيد -كميلاد طفل، أو ترقية كبيرة في العمل، أو الانتقال إلى بيت جديد- فإن غياب الصلة الواضحة بين الاثنين يكون محيراً، مما يجعل الجميع يتساءلون من المسئول وما المسئول.

ليس من النادر بالنسبة لمن لم يسبق لهم أبداً الإصابة بالاكتئاب أن يستخفوا بكل من الألم الذي يقاسيه المكتئبون وطول المدة التي قد يدومها الاكتئاب. "تماسكي يا هيلين؛ لقد مضى على موت أمك أكثر من ثلاثة أشهر"، "كيف يمكنك القول إن زواجنا لا يطاق بينما أمضينا معاً ٨ سنوات رائعة؟"، و"إنني لا أفهم فحسب كيف يمكن أن تكون مغتماً من مظهرك لدرجة ألا تريد الذهاب إلى أي مكان". مثل هذه

التعليقات، التي يتم التعبير عنها بطريقة متحيرة وغاضبة، هي ردود شائعة على المكتئبين عندما يفتقر القريبون منهم إلى أي فهم لطبيعة هذه الحالة النفسية وأسبابها. فالأشخاص الذين لم يسبق لهم أبداً الشعور بالاكتئاب أو ينكرون إصابتهم به، يميلون إلى قلة الصبر مع المكتئب. ويرجع هذا جزئياً إلى البطء والتردد اللذين يصاحبان الإصابة بالاكتئاب وتشبث حالة الاكتئاب بالبقاء والاستمرار. ونفاد الصبر هو استجابة للغضب والعداء الكامنين غالباً وراء الاكتئاب.

عندما يكون الشخص قلقاً، فمن المحتمل أن يثير قلق من حوله. وعندما يكون مكتئباً، فمن المحتمل أن يتسبب في أثر اكتئابي على من حوله. لذا، فإن من يودون مساعدة المكتئبين كثيراً ما يجدون أنفسهم عاجزين عن التعاطف معهم بسبب الشعور بالعبث الذي ينتابهم عند الاتصال بهم. بالطبع هذا لا يؤدي إلا إلى تعزيز شعور المكتئبين باليأس واقتناعهم بأنهم مرفوضون ولا يجدون من يفهمهم.

يصعب جداً على أنصار فكرة تفوّق قوة الإرادة أن يفهموا أو يتعاملوا مع شخص مكتئب. فهؤلاء يفترضون مخطئين أنك "ما تختار أن تكون"، ويرون تعمّداً في مواقف المكتئبين وسلوكياتهم يعتبرونه مستفزاً ولا يطاق. ذات مرة، عرف الطبيب النفسي "لورانس كوبي" قوة الإرادة على أنها الطاقة المطلوبة للتغلب على عقبة عصابية كخوف رهابي أو قهري. أما بالنسبة للمكتئب، فقوة الإرادة تعني الطاقة المطلوبة لمواصلة الحياة اليومية، والقيام بالعديد من المهام، ورؤية الناس، والتواصل، رغم الدافع الكامن للعزلة. ولكن بالنسبة لمن لم تسبق لهم أبداً الإصابة بالاكتئاب، والذين يعتقدون بصدق أن كلاً من الحالة المزاجية وتقدير الذات مسألة إجبار للنفس على الابتهاج، فإن الاكتئاب يبدو لهم عملية بالغة الغموض والتناقض في واقع الأمر.

امرأة مصابة باكتئاب خفيف كانت تواجه صعوبة في الاستغراق في النوم ليلاً وكانت تستيقظ مبكراً ساعة أو نحو ذلك في الصباح. خلال النهار، كانت تشعر بالإنهاك. قال زوجها مبرراً: "شعورك بالإرهاق أثناء النهار هو خطؤك. يجب أن تجبري نفسك على الذهاب إلى الفراش مبكراً والرقود حتى تستغرقي في النوم. إن ما يغضبني منك أنك لا تحاولين". كلما عاتبها لتصحيح مشكلة النوم التي تعاني منها، زادت صعوبة استغراقها في النوم تماماً، وصار وقت النوم شيئاً بغيضاً بالنسبة لها.

تعتمد كيفية استجابة المرء للمكتئبين بوضوح على الشكل الذي يتخذه الاكتئاب

واستجابة المكتئبين لحالتهم المزاجية. ويكون الأمر محبطاً عندما لا يتخذ المرء، أو لا يستطيع اتخاذ، خطوات لمساعدة نفسه. قالت امرأة مسنة: "ابنتي تواجه مشكلات رهيبة في زواجها. وجد زوجها امرأة أخرى، وهي تعرف بالأمر، ولكن أياً منهما لا يريد الطلاق. ابنتي بائسة وتبكي طيلة الوقت. أريد مساعدتها ولكنها لا تسمح لي بذلك. اقترحت عليها أن تتحدث مع طبيب نفسي فرفضت وقالت إنها لا تحتاج إلى ذلك. الأكثر من ذلك أنها خائفة من أن يأمرها بحزم حقائبها والرحيل؛ فهي لا تريد ذلك. لا أستطيع أن أخبرك بمدى الانزعاج والعجز الذي أشعر به". لم تكن هذه المرأة غاضبة أو نافدة الصبر مع ابنتها لأنها مرت بنوبات من الاكتئاب في فترات مختلفة خلال حياتها، وكل ما شعرت به هو الإحباط: "أعرف أنها بحاجة إلى مساعدة من مختص، وهي تعرف ذلك أيضاً، ولكنها لن تقدم على أي خطوة في هذا الاتجاه".

أكثر أنواع الاكتئاب صعوبة في التعامل معه ليس أكثرها قوة وعنفاً، وإنما النوع غير المباشر. يحدث هذا عندما لا يدرك الناس إصابتهم بالاكتئاب، أو يسعون إلى حل صراعاتهم من خلال سلوك مثل شرب الكحوليات، أو تحميل كل شيء وكل شخص مسئولية بؤسهم وتعاستهم لدرجة أن من حولهم يجدون صعوبة في التعاطف معهم ومساعدتهم. وفي المقابل، عندما يعاني الناس من الاكتئاب بشكل واضح ومباشر، ويمكنهم أن يفهموا إلى حد ما سبب اكتئابهم، يكون من الأسهل كثيراً أن يقدم لهم الإنسان المساعدة. كتب "رولو ماي" في كتابه Paulus عن النوبات الاكتئابية التي كانت تنتاب "بول تيليك"، قائلاً: "نوبات الاكتئاب التي كانت تصيبه لم تكن تجعلنا نحن نصاب بالاكتئاب أبداً، لأنها كانت مباشرة.... إننا إذا اعترفنا باكتئابنا بصراحة وحرية، فإن مَن حولنا يستمدون منه تجربة تحرر، دون أن يصابوا بالاكتئاب نفسه".

الأنواع الأكثر شدة من الاستجابات الاكتئابية يمكن أن تكون مخيفة. قالت امرأة تبلغ من العمر ٣٤ عاماً: "كان زوجي ينام ما بين ساعتين وثلاث ساعات فقط في الليلة، ورغم ذلك، كان يذهب إلى العمل ويقضي فيه يومه كاملاً، وعند عودته إلى البيت يكون منهكاً تماماً. وكثيراً ما كان يدخل إلى غرفة النوم ويغلق الباب، ويبكي. كنت أستطيع سماعه يبكي. فإذا ذهبت للحديث معه، كان يقبل مواساتي للحظة، ولكن عاجلاً أو آجلاً كان ينهض من الفراش ويذرع المكان جيئة وذهاباً على نحو لا

ينقطع. لم يكن يشاهد التليفزيون أو يقرأ، ولم يكن يتكلم أبداً عن الانتحار، ولكنه بدا منزعجاً بشدة. كنت أخشى أن يفعل بنفسه شيئاً. قال إنه لن يفعل. قال إن مثل هذه الأفكار لم تخطر أبداً بباله. ولكنني لا أستطيع فهم سبب انزعاجه فحسب".

"أنا نفسي سبق لي أن كنت مكتئبة، ولكني عادة ما أعلم السبب، ونادراً ما كانت هذه الحالة تستمر لأكثر من يوم أو نحو ذلك. أما معه فقد استمرت لأسابيع. لم أستطع أن أكف عن مخاوفي حتى بدأ -بمساعدة العلاج- يظهر بعض التحسن. وحتى الآن، وبعد مرور ستة أشهر، إذا استيقظ في الليل أو بدا مشغول البال قليلاً، ينتابني الخوف. يجب أن أتعلم الثقة من جديد".

تتأثر استجابة المرء للمكتئبين بشدة ببعض الصراعات المعينة الناشئة عن اكتئابهم أو المسهمة فيه، مثل الاعتماد. علقت إحدى الزوجات قائلة: "منذ أولى لحظات زواجنا تقريباً وزوجي يريد أن يكون معي طوال الوقت ما لم يكن في العمل. في البداية، كان هذا رومانسياً. ولكن الآن، وبعد مرور عامين على الزواج، أجده خانقاً. كانت لديه اهتمامات كثيرة، وكان يبدو مستقلاً وحاسماً، بمعنى أنه رجل من النوع الذي كنت أريده. ولكن الأمر الآن أشبه بوجود طفل ثانٍ في البيت. فأنا أقوم بوضع الخطط المطلوبة، بينما يقضي هو ساعات أمام التليفزيون. لديّ شعور لا شك فيه أنه يحتاجني بشكل غير سوي، بمعنى أنه لو حدث لي مكروه فسوف ينهار. إنها مسئولية مرعبة. هذا يحبطني فعلياً. إنني أحبه، وأحتاج إليه، ولكن ليس بهذه الطريقة".

فقد الرغبة الجنسية مثال آخر، وليس من النادر أن يفقد المكتئبون -مهما كانت أعمارهم- اهتمامهم بالجنس. وهذا يمكن أن يساء تفسيره بسهولة من قبل أزواجهم على أنه رفض جنسي. "زوجي لم يجامعني منذ شهور. كانت علاقتنا الجنسية جيدة قبل ذلك. والآن، أتساءل إن كان قد وجد امرأة أخرى. لفترة ظللت أحثه، ولكن كلما حاولنا أكثر، زاد أداؤه ضعفاً. ليتني أعرف ماذا يحدث".

تتأثر أيضاً استجابة المرء للمكتئبين بشخصيته. فمن الأسهل على شخص عانى هو نفسه من الاكتئاب بدرجة ما من قبل أن يفهم ما يقاسيه المكتئبون. والأشخاص الذين يخافون من مشاعرهم الشخصية سوف يثيرهم بشدة اكتئاب شخص آخر. زوج إحدى النساء المكتئبات كان خائفاً جداً من إصابته هو نفسه بالاكتئاب لدرجة أنه اضطر للانفصال عن زوجته حتى بدأت العلاج. "وجودي حولها كان يرعبني.

لست أدري لماذا. لم أستطع قول أو فعل أي شيء لمواساتها. انعقد لساني. وفي النهاية، اضطررت للرحيل لبعض الوقت. لم أكن أزيد حالتها إلا سوءاً بانفعالي وفقد أعصابي. كانت تدرك أن هذا لا علاقة له بحبي لها. كل ما هناك أنني لم أستطع التعامل مع الأمر".

تتباين حساسية كل شخص تجاه إلقاء اللوم على نفسه. فالذين يميلون بشدة إلى الشعور بأن "الخطأ خطئي" يحتمل بشدة أن يتحملوا هم أيضاً مسئولية تعاسة المكتئبين. والصعوبة التي يواجهها المرء في تقبل النقد والغضب سوف تؤثر أيضاً على موقفه. ويشعر الشخص المكتئب أثناء تماثله للشفاء أنه أكثر حرية في التعبير عن غضبه بالشكل المناسب وإبداء درجة أكبر من العدوانية الإيجابية. وإذا كان من يعيشون مع المكتئب يجدون صعوبة في التعامل مع هذا التغير بسبب الصعوبة التي يجدونها هم أنفسهم في التعامل مع الغضب، فمن الممكن أن تحدث ثلاثة أشياء وهي: قد يحاولون حمل المكتئب على كبت انفعالاته مرة أخرى، أو يدخلون في صراع مفتوح مع المكتئب، أو يصابون هم أنفسهم بالاكتئاب.

وصف والد فتى يبلغ من العمر ١٦ عاماً كيف أنه أثناء تعافي ابنه من الاكتئاب، كانت هناك انفجارات غاضبة وجدت الأسرة صعوبة في التعامل معها، فقال: "كان بل دائماً فتى طيباً... كان أداؤه جيداً في المدرسة... كانت صحبته ممتعة. لم يسبب لنا أبداً أي حزن. وعندما بلغ ١٥ عاماً، صار كئيباً نكد المزاج. كان هناك شيء يؤرقه، ولكنه لم يشأ أن يخبرنا به. تدهور أداؤه في المدرسة، وبدأ يتغيب عن الدروس. لم يكن يرغب في رؤية أي من أصدقائه. وبناءً على نصيحة من طبيب الأسرة، اصطحبناه للحصول على مشورة من متخصص. وبعد بضعة أسابيع، بدأت تنتابه نوبات غضب موجه نحوي أنا وأمه. لم نكن معتادين على هذا. اتهمنا بالتدخل في استقلاليته ومنعه من أن ينضج. في أحيان أخرى، كان يهتاج بسبب أي خطأ بسيط؛ عند تأخر العشاء عن الوقت المتوقع مثلاً، أو عند الاضطرار لإلغاء رحلة خطط للقيام بها".

"بدا الأمر كما لو أن غريباً في بيتنا. الأسوأ من هذا أننا كنا نتألم لأننا لم نكن ندري ماذا نفعل. ما كان يقوله كان يجرح مشاعرنا، خاصة مشاعري أنا. فأنا أيضاً تربيت على احترام والديّ، وأحياناً كنت أعاقبه أشد العقاب. الآن أدرك أنه كان لابد من المرور بتلك المرحلة. فتحرير الغضب كان جزءاً من الانفصال عنا والتعافي من الاكتئاب".

إرشادات للتعامل مع الشخص المكتئب

تغيير الطريقة التي يتفاعل بها الأقارب والأصدقاء وزملاء العمل مع المكتئبين جزء من مساعدتهم على الشفاء من اكتئابهم واكتسابهم التبصر. وفي هذا الصدد، هناك بعض المبادئ المهمة:

١. *تفهّم أن المكتئب يتألم فعلاً*. إن محنته حقيقية وليست مختلقة، بغضّ النظر عما إذا كانت الظروف يبدو أنها تبرر استجابته أم لا. وقد وصف الاكتئاب بأنه تكتيك للتلاعب بالآخرين والسيطرة عليهم، ولكنه ليس كذلك. فرغم حقيقة أن من لديهم ميل إلى التلاعب بالآخرين يستخدمون الاكتئاب لهذا الغرض، فإن الاكتئاب في حد ذاته ليس حيلة، إلا إذا كانت شخصية الفرد المكتئب مركبة على هذا النحو بالفعل. حتى عندما يكون الاكتئاب تعبيراً عن الغضب أو كان يمثل مناشدة للفهم، فإنه يكون مؤلماً مع ذلك. وأي محاولة للقول بأن التقلبات المزاجية للمكتئب زائفة سوف تعزز يقيناً إحساسه بالبعد والرفض.

٢. *تعاطف مع الشخص المكتئب ولا تشفق عليه*. شعورك بالشفقة عليه لن يعزز إلا شعوره باليأس ويؤكد إحساسه المتدني باحترام الذات، بل ربما يؤدي أيضاً إلى جعله يشعر بمزيد من العجز والاعتمادية.

٣. *لا تواجه المكتئب بحقائق لا تحتمل*. قرر رجل في الثانية والأربعين من عمره تصفية الأجواء في زواجه بالاعتراف لزوجته، التي كانت مكتئبة إلى حد ما عقب وفاة أبيها، بتورطه في علاقة جنسية غير مشروعة. بدون التفات إلى حالتها النفسية، أراح هذا الرجل نفسه من شعوره بالذنب باعترافه -وهو تكتيك مريب بشدة تحت أي ظرف من الظروف- وبالتالي تسبب في محاولتها الانتحار. عندما نحتاج إلى مناقشة مسائل جدلية مناقشة فعالة، من الأفضل عادة أن ننتظر شفاء المرء من الاكتئاب.

٤. *قدم الأمل بواقعية*. طمأنة الشخص المكتئب بإخباره بأن كل شيء سيكون على ما يرام أمر مهم، ولكن يجب أن يتم بحكمة. في تلك اللحظة، لا يشعر المكتئب

بأن كل شيء سيكون على ما يرام، ومن المحتمل ألا يثق بالتشجيع رغم حاجته إليه. علاوة على ذلك، إذا كانت هناك أي أخطار حقيقية -مشكلات مالية، أو تهديد بالطلاق، أو مرض أحد الأولاد- فإن الشخص لا يريد إنكار وجود هذا الخطر. والتظاهر بعدم وجود أي مشكلة عندما تكون هناك مشاكل كبيرة ليس بالطريقة المثلي لطمأنة المريض.

أرادت امرأة مساعدة زوجها المكتئب على التحسن فوجدت نفسها تخبره بأنها تحبه وأنها "ستبقى معه إلى الأبد" رغم أنها كانت منذ شهور تستشير مرشد زواج لمساعدتها في التعامل مع ما كانت تعتبره زواجاً غير سعيد في الأساس. لم تفلح طمأنة المرأة لزوجها لأنه كان يتلقى منها كافة أنواع الرسائل غير الشفهية المناقضة لما تقول.

٥. *إذا أردت طمأنة المكتئب، فاجعل طمأنتك قائمة على حقيقة.* المكتئب شخص فقد قدرته على رؤية الأمور من منظور سليم، سواء مضى على اكتئابه يوم أو أسبوع أو شهر. وعندما يكون المرء مكتئباً، فإنه يشعر أن الأمور كانت دوماً بالحال التي هي عليه رغم أنه يعلم أن هذا ليس صحيحاً.

شعر أحد الرجال، وكان أباً ممتازاً، وزوجاً صالحاً، ورجل أعمال ناجحاً، وهو مكتئب أنه فشل في هذه الأدوار الثلاثة جميعاً. وعندما رأت زوجته أنه لا يقدّر نفسه حق قدرها، بحثت عن طرق ووسائل لتذكره برفق بمقدار ما يعنيه لها وللأولاد. فعلت ذلك بديهياً بهدوء شديد، وكررته دون مبالغة، غالباً عن طريق إبداء تعليق مطمْئن من حين لآخر كان يسمعه رغم عدم استجابته على الفور. يعرف المعالجون أن عناد الاكتئاب غالباً ما يعمل ضد الطمأنة، وأن المبالغة في التأكيد على الجوانب الإيجابية في شخصيات المرضى وحياتهم لن يزيد اكتئابهم إلا عمقاً كما لو كان يتحتم عليهم أن يثبتوا لأنفسهم أن الأمور ميئوس منها وأنهم عديمو القيمة.

يتوقف مدى انخراط المرء في محاولة مساعدة المكتئب على طبيعة علاقته به. فلا شك أنه ليس من الحكمة أن يضطلع من تجمعه بالمريض صداقة عابرة بمسئولية كبيرة عن مساعدته في التغلب على الاكتئاب. ولكن يمكنه أن يوضح استعداده للمساعدة وتقديم الدعم، ولكن دون أن يتجاوز الحدود التي رسمتها طبيعة العلاقة نفسها.

وبالنسبة لصديق حميم أو أحد الأقرباء، تكون المسئولية أعظم. قالت زوجة رجل مضى على معاناته من الاكتئاب حوالي ٣ سنوات: "ليست المسألة أنني أريد فعل شيء من أجله فحسب؛ بل إن هذا واجب علي". وأخيراً، وبناءً على نصيحة صديق، توجهت لاستشارة طبيب نفسي، فقالت له: "أشعر أنه من الحماقة أن أكون هنا؛ فأنا لا أدري في الواقع ماذا يمكنك أن تفعل لمساعدتنا".

تمكن المعالج من وضع استراتيجية لها لإقناع زوجها ببدء العلاج، مقترحاً أن تشجع زوجها على التغلب على أي حرج قد يشعر به من اتخاذ مثل هذه الخطوة. تمكن الطبيب النفسي أيضاً من مساعدتها على إعادة صياغة طريقة نظرتها إلى اكتئاب زوجها. "كنت قد بدأت أفكر أنه لم يعد يهتم بي. لم أستطع منع نفسي من اعتبار قلقه نوعاً من الضعف. ظننت أن زواجنا آخذ في الانهيار. الآن يمكنني أن أرى أن كل هذه الأشياء كانت النتيجة لا السبب في اكتئابه. لقد منحتني الأمل".

تلعب أسرة الشخص المكتئب دوراً حيوياً في تسريع شفائه. فعن طريق فهم طبيعة الاكتئاب وتزويد هذا الشخص بما يحتاج إليه من دعم، تستطيع الأسرة مساعدته على التغلب على الاكتئاب. وبإمكانهم معاً أن يطوروا نظام علاقات سوي وأكثر صحة.

الفصل ١٧

تطورات هائلة في بيولوجيا الاكتئاب

خلال العشرين عاماً الماضية، ركزت معظم الجهود البحثية الناجحة لفهم الاكتئاب بشدة على الجوانب البيولوجية للمشكلة؛ مثل أيض الهرمونات. والهرمونات مواد كيميائية تنتج في الغدد، مثل الغدة الدرقية أو الغدد الكظرية، وتنتقل في الدم حاملة رسائل حيوية للعديد من أجزاء أجسامنا. والكورتيزول هرمون يتكون في القشرة الكظرية، وهي غدة تقع بالقرب من الكليتين ويحفزها الضغط وتجهز الجسم للاستجابة بفعالية عند التحدي.

اختبار تثبيط الديكساميتازون عبارة عن إجراء بسيط مفيد سريرياً لتقرير سلامة عمل آلية الغدد النخامية الوطائية الواقعة بالقرب من المخ. هذا المحور، كما يطلقون عليه، يفرز الهرمون المنشط للقشرة الكظرية في الدم لتحفيز إنتاج هرمون الضغط، الكورتيزول. بشكل متوقع، يفرز البشر هرمون الكورتيزول عند التعرض للضغط، ويمكن اكتشاف الزيادات العابرة البسيطة في هذا الهرمون في الدم في تلك الأوقات، وعندما تنتهي فترة الضغط، يجب أن تعود هذه المستويات إلى الطبيعي.

ولكن بعض المكتئبين لديهم فيما يبدو مستوى كورتيزول أعلى بكثير من الطبيعي. وعند إعطائهم الديكساميتازون -وهو مركب يخفض مستوى الكورتيزول في الدم لدى الشخص الطبيعي- لا يظهرون الاستجابة المتوقعة.

يشتمل اختبار تثبيط الديكساميتازون نفسه على تحديد مستويات الكورتيزول الأساسي في الدم عن طريق أخذ عينتين أو ثلاث عينات دم في اليوم السابق للاختبار نفسه. ثم يتم إعطاء كمية صغيرة من الديكساميتازون ليلاً. وفي اليوم التالي، يتم تحديد المستوى في الدم ثانية. يظهر الأشخاص غير المكتئبين مستويات منخفضة جداً من الكورتيزول في البلازما في هذه العينات المأخوذة في اليوم الثاني؛ وعلى النقيض فإن مرضى الاكتئاب، خاصة من لديهم علامات وأعراض بدنية مثل ضعف الشهية، وفقد كبير في الوزن، وأرق شديد مع الاستيقاظ في الصباح الباكر، ومن يبدو عليهم بشكل عام الاكتئاب الشديد، لا يكون لديهم مثل هذا الانخفاض في الكورتيزول في الدم.

بالطبع ظلت هناك أسئلة كثيرة دون إجابة. هل هذه النتيجة غير الطبيعية مرتبطة في المقام الأول بالاكتئاب، أم بالضغط الناتج عن الاكتئاب؟ أم هل هي ذات صلة بوجود (أو غياب) قوة بيولوجية ما لا تفسر سبب اكتئاب المريض بقدر ما تفسر سبب تشبثه في عناد بالاكتئاب، وعدم قدرته على العودة إلى سابق عهده، والتعافي من الحالة المزاجية تلقائياً وفي فترة زمنية معقولة؟ يبدو كما لو أن الآليات التي تحد بصورة طبيعية من درجة استجابة المرء للضغط، ثم توقفها بعد ذلك، لا تعمل لدى بعض الأشخاص المكتئبين، مما يحوّل الحالة الاكتئابية الحادة بطبيعتها في ظروف أخرى إلى حالة مزمنة أشد.

من منظور سريري، نجد أن اختبار تثبيط الديكساميتازون ذو قيمة محدودة في تقييم حالة المرء السريرية. فالمكتئبون الذين يظهرون استجابة إيجابية -بشكل يؤكد التشخيص- عادة هم الذين تؤكد حالتهم السريرية إصابتهم بالاكتئاب على أي حال. ويتخذ قرار استخدام أدوية مضادة للاكتئاب بالتزامن مع العلاج النفسي عادة بناءً على أسس سريرية. وفي حالات نادرة، عندما يدرس الطبيب اتباع أسلوب علاجي أكثر خطورة مثل العلاج بالصدمات الكهربائية، ربما يوفر هذا الاختبار معلومة يمكنها أن تساعده على اتخاذ القرارات وإعطاء التوصيات.

الهرمونات

أشارت بحوث أخرى إلى احتمال تورط هرمون الغدة الدرقية باعتباره مسئولاً عن الاكتئاب المزمن. الغدة النخامية الواقعة قرب المخ تفرز هرموناً يسمى الهرمون المحفز للثيروتروبين، وهذا بدوره ينشط هرموناً آخر يسمى الهرمون المحفز للغدة الدرقية، والذي يحفز إفراز هرمون الثيروكسين في الغدة الدرقية. ويلعب هرمون الثيروكسين دوراً مهماً جداً في استجابة أجسامنا للضغوط بزيادة اليقظة وتسريع النشاط النفسي على مستويات كثيرة. ولتقييم هذه السلسلة من التفاعلات، تم ابتكار إجراء بسيط نسبياً. احقن كمية معينة من الهرمون المحفز للثيروتروبين. ثم خذ عينة دم كل ١٥ دقيقة ولمدة ٤٥ دقيقة. في الشخص السليم، يجب أن يحفز الهرمون المحفز للثيروتروبين إنتاج الهرمون المحفز للغدة الدرقية، ويجب أن تنعكس هذه الزيادة في ارتفاع مستوى الهرمون المحفز للغدة الدرقية في الدم.

غير أنه في عدد من الحالات، منها حالات الاكتئاب المزمن (خاصة الاكتئاب المزمن الشديد الذي تصاحبه ميول انتحارية) تكون هذه الاستجابة غير كافية أو غير موجودة على الإطلاق، حيث يخفق الهرمون المحفز للثيروتروبين في حفز الهرمون المحفز للغدة الدرقية كما ينبغي. وحوالي ٢٥٪ من المرضى المكتئبين سريرياً يظهرون هذا النقص.

هل هذا الاختبار مفيد؟ في الممارسة اليومية، الأرجح أنه غير مفيد. ولكنه، كما هي الحال مع اختبار تثبيط الديكساميتازون، يسلط الضوء على عامل بيولوجي قد يكون في غاية الأهمية لدى الأفراد المصابين باكتئاب مزمن، وهو فشل التغذية الرجعية. تصور الضغط، حيث يؤثر في المخ، فيطلق استجابة منبهة لحل المشكلات، وربما حتى لإنقاذ الحياة. لابد أن يستجيب الجسم بزيادة كمية الكورتيزول وهرمون الغدة الدرقية مما ينتج عنه زيادة في الوعي وقدر أكبر من الاستعداد للتعامل مع أي تحدٍّ قائم. بين المصابين باكتئاب مزمن، يتم إنتاج قدر أكبر مما ينبغي من الكورتيزول مع عدم إمكانية إيقاف هذا النظام؛ وأكثر من ذلك أن الجهاز الدرقي يفشل في الاستجابة للإشارة التحذيرية.

بشكل أو بآخر، يجب أن تعاد هذه المؤثرات إلى حالتها الطبيعية، وربما كانت

تلك هي طريقة عمل العقاقير المضادة للاكتئاب. وربما يفسر هذا لماذا نجد في بعض الحالات أن إضافة جرعات صغيرة من هرمون الغدة الدرقية إلى الدواء المضاد للاكتئاب يمكن أن تكون الفارق بين النجاح والفشل في العلاج. وإحدى الحقائق شديدة الأهمية هي حقيقة أن هذا التبلد في استجابة الهرمون المحفز للغدة الدرقية للهرمون المحفز للثيروتروبين يمكن أن نراه بين المكتئبين بعد شفائهم مما يشير إلى أنه بدلاً من أن تكون لهذا الخلل الوظيفي الدرقي صلة مباشرة بأي حدث اكتئابي معين، فإنه يعكس خللاً في النظام الهرموني يتضمن ضعفاً في قدرة الشخص بشكل عام على التكيف مع الضغط.

وسع الطبيب النفسي "بيتر وايبراو" البحث في مجال وظائف الهرمونات ليشمل نطاقاً واسعاً من السلوكيات، خاصة العلاقة بين الدوافع الجنسية التي تنخفض عموماً خلال حالات الاكتئاب، والضغط الذي يسبب الاكتئاب ويزداد نتيجة الألم الذي يعانيه الشخص المكتئب. يتم إنتاج هرمونات الضغط التي تسمى الكورتيكوستيرويدات، مثل الكورتيزول، في القشرة الكظرية الموجودة قرب الكلية. فعندما تبدو سيارة المرء وكأنها خارج السيطرة، وعندما يعلن أحد الزوجين رغبته في الانفصال، وعندما يصاب أحد الأولاد إصابة خطيرة، فإن الارتفاع إلى مستوى الحدث والتعامل مع التحدي يتطلب من الجسم إنتاج المزيد من الكورتيزول.

هناك إيقاع يومي لإنتاج الكورتيزول، كما هي الحال مع العديد من وظائف الجسم. إنه واحد مما يسمى الإيقاعات اليومية المصممة بطبيعتها لتضفي نظاماً وترابطاً على الوظائف المعقدة لأجسامنا، وتحدث بينها تعاوناً داخلياً، وتمكن الكائن ككل من التكيف مع البيئة الخارجية المتغيرة دورياً. المدة الطبيعية لليوم الخارجي هي ٢٤ ساعة، وقد تكيف معظمنا مع هذه الدورة. ولكن إذا تم منع الإشارات الدورية تجريبياً، فإن دورتنا اليومية الداخلية الواقعية ثبت أنها تطول بدرجة طفيفة -ولكنها ذات دلالة- فتتراوح بين ٢/١ ٢٤ و ٢/١ ٢٥ ساعة.

ووفقاً لتعليمات هذا الإيقاع، يكون أعلى مستوى للكورتيزول في دم الشخص غير المكتئب في الصباح الباكر، ويكون في أدنى مستوياته حوالي منتصف الليل. ولكن لدى عدد من الأفراد المكتئبين سريرياً، تكون مستويات الكورتيزول مرتفعة عموماً خلال الدورة بأكملها، ويتم تشويش الإيقاع اليومي الطبيعي.

لذا، بالإضافة إلى تأثيرات الهرمونات على الاكتئاب، تبين أن مسألة الإيقاعات لها يد أيضاً. *ودورة النوم واليقظة اليومية هي واحدة من أوضح انعكاسات الإيقاع اليومي*. والأرق واحد من أوضح علامات الاكتئاب، كما أنه واحد من أشدها ألماً لأن المكتئبين يحرمون من الراحة التي يوفرها النوم من المعاناة.

نالت طبيعة النوم تركيزاً كبيراً من قبل أبحاث الاكتئاب. فقد أوضح رسم الدماغ أثناء النوم وجود نوعين من الأرق بين المكتئبين. الأول هو تأخر في الاستغراق في النوم، ربما بسبب التوتر والاهتياج. والثاني يشتمل على اضطراب في مواصلة النوم، واستيقاظ في الصباح الباكر، وتغيرات تؤثر على مرحلة حركة العينين السريعة من النوم.

يتسم نوم مرحلة حركة العينين السريعة بنشاط مخي هائج يصاحبه شلل في الجهاز العضلي الإرادي، ويكون التنفس غير منتظم، ويحدث ارتفاع كبير في تدفق الدم المخي ودرجة حرارة المخ، وتتحرك العينان بسرعة جيئة وذهاباً كما لو كان النائم يشاهد مباراة تنس، بينما يحلم المخ. يظهر المكتئبون فترة كمون قصيرة لمرحلة حركة العينين السريعة، بمعنى نقص في عدد دقائق النوم التي تمر قبل بداية فترة حركة العينين السريعة الأولى. علاوة على ذلك، معظم نوم مرحلة حركة العينين السريعة يحدث خلال الثلث الأول من الليل وليس خلال الجزء الأخير كما ينبغي طبيعياً.

هذه التغيرات في صفة النوم توحي بأن بعض المصابين باكتئاب مزمن ربما يعانون من تشوش في تزامن الإيقاع اليومي، وهو تفسير فيما يبدو يؤكده وجود زيادة مماثلة في إيقاع إنتاج الكورتيزول ودرجة حرارة الجسم بين هؤلاء المرضى. وثمة جهد تجريبي لاستعادة التزامن يشتمل على حرمان المرضى من النوم حرماناً منظماً. ففي معامل النوم -كتلك التي أنشئت في عدد من مراكز التعليم الطبي- يتم نظامياً إبقاء المكتئبين مستيقظين طوال الليل أو جزء منه خلال مرحلة حركة العينين السريعة من النوم، ويبدو أن هذا الإجراء يؤدي إلى تحسن مؤقت في الحالة المزاجية. ومن المثير للاهتمام ملاحظة أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (التي ناقشناها بالتفصيل في الفصل ٧) تثبط مرحلة حركة العينين السريعة، وربما يكون هذا أحد أسباب فعاليتها. والمرضى الذين يتعاطونها كثيراً ما يفيدون بنقص الأحلام، مع عودة الأحلام بكثافة لفترة قصيرة بعد وقف العقار.

يخضع أيض المعادن أيضاً للإيقاعات الدورية. فخلال خمسينيات وستينيات القرن العشرين، أثبتت الدراسات التي أجريتها أن مرضى الاكتئاب يفقدون الكالسيوم من الجسم خلال اكتئابهم ويحتفظون به بعد شفائهم. ولم يتضح ما إذا كانت تغيرات الكالسيوم ذات أهمية كبيرة في الاكتئاب أو أنها في المقام الأول انعكاس للتغيرات الكيميائية الحيوية الأخرى داخل الجسم. من الناحية النظرية، يمكن بشدة أن تكون تغيرات الكالسيوم مهمة لأن الكالسيوم منظم رئيسي لنشاط الجهاز العصبي المركزي. فالتقلبات في كمية الكالسيوم في أغشية الخلايا تؤثر على تدفق المواد داخل وخارج الخلية. ومثال ذلك تدفق أيونات الصوديوم إلى الداخل والخارج. علاوة على ذلك، فإن الكالسيوم "مسكن" للجهاز العصبي المركزي؛ حيث يقلل قابلية اهتياج المخ. ويتم تنظيم أيض الكالسيوم جزئياً بواسطة رسائل تصل عن طريق الهرمونات. ويؤدي انخفاض إنتاج الهرمونات من قبل الغدة جنب الدرقية إلى انخفاض مستويات الكالسيوم في الدم، وهذا بدوره يمكن أن يتسبب في فرط اهتياج الجهاز العصبي الذي يمكن، إذا كان شديداً بدرجة كافية، أن يتسبب في حدوث تشنجات. والارتفاع غير الطبيعي في إفراز هرمون الغدة جنب الدرقية يمكن أن يرفع مستويات الكالسيوم لدرجة قد ينتج عنها التشوش الذهني، والإغماء، وحتى الموت.

كذلك يتأثر أيض الكالسيوم بهرمونات الضغط مثل الكورتيزول. فقد أوضح الطبيب النفسي "هانز سيلي"، في وصفه لاستجابات الضغط، أهمية الكالسيوم عندما ذكر أن الضغط يسرع عملية التقدم في السن بتنشيط إزالة الكالسيوم من العظام وترسيبه في الأنسجة اللينة (وهي ليست مكانه الطبيعي). والواقع أن دراساتي اللاحقة أظهرت أن الكالسيوم الذي كان يتم حبسه في أجسام المرضى الذين كانوا يتعافون من الاكتئاب كان يذهب إلى العظم؛ فقد تمكنا من تتبع حركته بواسطة النظير المشع كالسيوم-٤٧. ففي التبادل المستمر للكالسيوم داخل العظام، وبين العظام وبقية الجسم، أظهر المرضى المتماثلون للشفاء نقصاً في كمية الكالسيوم التي تترك العظام وزيادة في الكمية التي تترسب في العظام. وفي الوقت نفسه، بدا أن هناك نقصاً طفيفاً في كمية الكالسيوم التي تدور في مجرى الدم. وصار كثير من الناس يعتقدون أن الفيتامينات مثل فيتامين ب المركب وخصوصاً ب٦، والمعادن، مثل الكالسيوم والمغنسيوم والزنك، تسهم إسهاماً إيجابياً في قدرة الجسم على التكيف مع

الضغوط. وقد وصف العداءون -بمن فيهم عداءو المسافات الطويلة وأولئك الذين يركضون ركضاً وئيداً فحسب- تحسناً في المزاج ربما يصل إلى قمة السعادة في بعض الأحيان نتيجة الجهد البدني المبذول، بمعنى أن الحركة تحفز الاحتفاظ بالكالسيوم، أما الجمود فيسبب فقده.

العديد من التطورات الأخيرة يزيد الشكوك في أن أيض الكالسيوم ربما يلعب دوراً محورياً في بيولوجيا الاكتئاب. وتظهر الدراسات الإشعاعية أن النساء المكتئبات فيما بعد سن اليأس لديهن درجة أكبر كثيراً من نقص كثافة العظام مقارنة بغير المكتئبات. علاوة على ذلك، فإن التمرينات الرياضية، التي يعرف عنها أنها تعزز الاحتفاظ بالكالسيوم وتراكمه في العظام، تخفف أيضاً الاكتئاب، كما أفادت الدراسات. ويتيح القيام بإجراء تشخيصي حديث، وهو الأشعة المقطعية المحورية CAT، وسيلة لقياس كمية الكالسيوم في الشرايين التاجية. فكلما ارتفع مستوى الكالسيوم، زاد خطر الإصابة بانسداد الشرايين التاجية، مما يؤدي إلى الذبحة القلبية. ويواجه مَن لديهم تاريخ من الاكتئاب السريري خطر الإصابة بأمراض القلب بدرجة أكبر، ويمكن للمرء بسهولة أن يفكر في إمكانية أن تتمثل إحدى آليات تفسير هذا الأمر في ترسب الكالسيوم في الشرايين التاجية خلال فترات التوتر والاكتئاب أو على مدار فترة زمنية طويلة لدى المصابين باكتئاب مزمن لم يتم علاجه. ورغم أن بعض الدلائل تشير إلى أن الكالسيوم نفسه ربما لا يسبب انسداداً يهدد الحياة -اللويحات تسبب ذلك- فإن المعلومات حول علاقته باللويحات والأمراض القلبية مازالت ضرورية إلى حد بعيد.

الاضطراب العاطفي الموسمي هو إحدى صور الاكتئاب ذات السمة الموسمية الواضحة: يسوء في الخريف والشتاء خلال الأشهر القاتمة من السنة، ويتحسن إلى درجة الشعور بـ "الروعة" خلال أشهر الربيع والصيف المشرقة. عندما يكون الأشخاص المصابون بهذا النوع من الاضطراب مكتئبين، فإنهم يميلون إلى الإفراط في النوم، وتناول الطعام، ويزداد وزنهم، ويشعرون بالكسل الشديد. وكما أوضح الطبيبان "فريدريك إم. جاكوبسن" و"نورمان إي. روزنثال"، فإن هؤلاء الأشخاص يمكن مساعدتهم بالعلاج بالضوء. فالتعرض المنتظم لمدة ٢-٦ ساعات يومياً لـ ٢٥٠٠ لَكْس من ضوء الطيف الكامل يبدو أنه يحدث تحسناً في غضون بضعة أيام. ويجب

مواصلة هذا العلاج بالضوء خلال الفصول القاتمة لمنع عودة الاكتئاب.

مع التقدم الملحوظ في البحوث الوراثية وأمل العثور على علاج جديد مثير لمجموعة متنوعة من الأمراض التي ربما تشتمل على *عنصر وراثي*، حصلت البحوث في هذا الجانب من جوانب الاكتئاب على قوة دافعة جديدة، حيث يزيد خطر الإصابة بالاكتئاب لدى أقارب الدرجة الأولى (الأبناء، الإخوة، الأخوات) للمصابين باكتئاب سريري خطيرٍ ثلاثة أضعاف عن عامة الناس. وبالنسبة للمصابين بحالات ثنائية القطب (هوسية-اكتئابية)، يزيد الخطر ما بين ٢-٦ مرات. واللغز المتبقي هو ما إذا كانت هذه الصلة الوراثية خاصة بالاكتئاب أم أنها، بدلاً من ذلك، تدل على نقص في المرونة النفسية المطلوبة لإدارة دورة التمزق-عودة التكامل التي يسببها الضغط. التفسير الأخير يبدو محتملاً بدرجة أكبر.

فرضية *الأمين بيولوجي المنشأ* واحدة من النماذج الأكثر شهرة للأساس البيولوجي للاكتئاب. فالمخ يحتوي على ملايين الأعصاب التي تتواصل مع بعضها البعض. والنقطة التي ينتهي عندها عصب ويبدأ آخر تسمى نقطة الاشتباك العصبي. وتسهل الأمينات بيولوجية المنشأ، مثل *السيروتونين والنورأبينفرين*، نقل المعلومات عند نقاط الاتصال هذه. ويعتقد البعض نظرياً أن الاكتئاب مرتبط بمستويات غير كافية من السيروتونين و/أو النورأبينفرين أو كليهما عند شقوق الاشتباك العصبي في الجهاز العصبي المركزي، وأن العديد من مضادات الاكتئاب تؤتي مفعولها بزيادة مستويات هذه الأمينات بيولوجية المنشأ. محتمل. ولكن الأكثر احتمالاً هو أن التغيرات في الأمينات بيولوجية المنشأ هي قمة جبل الجليد، التي تعكس العديد من التفاعلات المعقدة التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي عندما يقع الشخص تحت ضغط، وربما تكون ذات علاقة وثيقة باستجابة الشخص للاكتئاب كما هي مرتبطة بالاكتئاب ذاته.

ثمة تطور آخر جديد في فهم الصلات بين وظائف المخ والسلوكيات، وهو التصوير المقطعي بالانبعاث البوزيتروني PET، وهو عبارة عن عملية تصوير تتيح لنا لأول مرة الحصول على صور متتابعة ثلاثية الأبعاد للمخ. ويمكن تعيين مكان النشاط الكيميائي الحيوي في المخ وقياسه. وحتى هذه اللحظة، اشتملت معظم دراسات التصوير المقطعي بالانبعاث البوزيتروني على أيض جلوكوز السكر بواسطة التتبع الإشعاعي.

الصور التي يتم الحصول عليها بواسطة التصوير المقطعي بالانبعاث البوزيتروني زاهية الألوان، وتتراوح بين الأصفر والبرتقالي في المخ الذي يقوم بوظائفه بشكل طبيعي والأخضر الداكن في المخ ذي النشاط المنخفض بشدة. ويشتهر الأخضر الداكن بين بعض مرضى الاكتئاب، مما يشير إلى انخفاض الأيض الكامل للجلوكوز.

يظهر المكتئبون أيضاً عدم تماثل في الشقين الأيسر والأيمن في المخ، مما يشير إلى أن الأنشطة المخية اليسرى مثل العمليات الذهنية أكثر من النشاط الخيالي أو التصوري المرتبط بشق المخ الأيمن. ويبدو أن هذا الخلل يصحح نفسه عندما تزول حالة الاكتئاب.

ثمة نتيجة أخرى مهمة مستمدة من التصوير المقطعي بالانبعاث البوزيتروني هي ملاحظة أن نشاط المخ يزداد عندما تكون كلتا العينين مغمضتين، وأكثر نشاطاً مما لو تم استبعاد السمع فقط، أو عندما يتم إغماض كلتا العينين وسد كلتا الأذنين. وأكثر من ذلك أنه عند عرض مؤثرات بصرية في صور أكثر تعقيداً، يمكن رؤية زيادة نشاط أيض الجلوكوز في قشرة الدماغ حيث يتم تسجيل الرؤية البؤرية؛ وهي سمة الرؤية المطلوبة لتمييز الأشياء حسب مكانها في الفضاء.

العين من السبل الرئيسية لمعالجة المعلومات الآتية من العالم الخارجي إلى المخ. وقد تناولت الأبحاث التي أجريتُها كفاءة معالجة المعلومات البصرية في مجموعة متنوعة من الحالات الانفعالية السوية والمرضية. وقد لاحظت بين مرضى الاكتئاب المزمن درجة كبيرة من الخلل الوظيفي الإدراكي. أولاً، حركات العينين التي يتضمنها التقارب (وهو تقارب العينين من بعضهما لرؤية الأشياء بدقة أكبر، كما هو مطلوب في القراءة) والتباعد (تباعد العينين عن بعضهما لرؤية الأشياء في سياق أوسع وأبعد كثيراً) إما أصغر مما ينبغي وإما أكبر مما ينبغي.

فضلاً عن ذلك، فإن القدرة على دمج المدركات القادمة عن طريق كل عين في صورة واحدة في المخ يبدو أنها أصبحت ضعيفة، كما أن فقد إدراك العمق لدى المصاب باكتئاب مزمن يختزل كل شيء إلى مجال ثنائي الأبعاد. ومن المثير للاهتمام أننا لاحظنا في التجارب التي استخدمت التنويم المغناطيسي للإيحاء بفقد إدراك العمق -ثم استعادة إدراك العمق- ظهور اهتياج، وتوتر، واكتئاب لدى من خضعوا للتجربة عندما تم تسطيح المجال ثلاثي الأبعاد، ثم حدثت عودة للإحساس بالرضا،

بل وأحياناً بالسعادة البالغة، عندما أعيد العمق. نظراً لأنه من الممكن بواسطة العدسات وبعض التدريبات الخاصة استعادة إدراك العمق وتحسين الدمج وإيجاد سيطرة أكبر على كل من حركتي تقارب وتباعد العينين، فإن استخدام التدريب البصري -مع أو بدون عدسات تكبر أو تصغر مقدار الفضاء الذي يتعين على المرء التعامل معه من حوله- ينبغي فعلاً أن يصبح إضافة روتينية لعلاج الشخص المصاب باكتئاب مزمن.

لا يحتاج الشخص العادي إلى القلق حيال التفاصيل التي لا تحصى بشأن الاستكشاف العلمي للاكتئاب والبحث في المعايير البيولوجية للمرونة. المهم أن تعرف أن هذا العمل مستمر وأن هناك مجموعة متنامية من الأدلة المرتكزة على بيانات تجريبية منطقية سليمة تظهر أساساً بيولوجياً للاكتئاب والمرونة. غير أن أهمية هذه السمات البيولوجية لا تحول دون اهتمام مساوٍ بالعناصر النفسية والبيئية؛ لأنه مازال من الضروري أن ننظر للإنسان ككل متكامل: عقل، وجسد، وعالم داخلي، وعالم خارجي، وفعل، ورد فعل، وتفاعل، وإبداع.

الفصل ١٨

◆◆

تشريح السوداوية

رغم أن معظم من يعانون من الاكتئاب لا يصابون باكتئاب شديد، إلا أن البعض يصابون به. وهناك أوقات يكون فيها الاكتئاب بلا شك مشكلة طبية ويستدعي الحصول على عناية ملائمة من متخصص. الاستجابة الهوسية الاكتئابية، والاكتئاب الهياجي، والصورة البارانوية من الاكتئاب، وحالة الذعر الشديد التي يمكن أن تغمر المكتئب؛ كل واحدة من هذه الحالات تتطلب أساليب علاجية نفسية بيولوجية قد تقتضي أحياناً إدخال المريض المستشفى.

على مدى العقود القليلة الماضية، أيّد عدد من المتخصصين نبذ التفكير التشخيصي التقليدي، مطالبين باستبداله بمفاهيم تتصور الأشخاص المكتئبين باعتبارهم جزءاً من نظام تفاعلي يشمل الأشخاص الآخرين في بيئتهم. وهناك كثير من المزايا لهذا الموقف الذي يؤدي إلى رفض تعريف المريض بأنه "عليل"، حيث يمكن أن يصبح التشخيص بكل سهولة شكلاً من أشكال إطلاق التصنيفات، مما قد يكون مضللاً وضاراً بالسمعة. ونظراً للطبيعة المنفرة لمصطلح مرض نفسي والمتضمنة في المفاهيم التشخيصية، يخشى كثير من المصابين بالاكتئاب الاعتراف بذلك، وبالتالي لا يتخذون خطوات للحصول على المساعدة عندما يحتاجون إليها.

يمكن أن يؤدي المنهج التقليدي، الذي يوصف المرضى فيه بأنهم معتلون، إلى التقليل من مدى كونهم ضحايا لآخرين ربما يستهدفون إعجازهم للحفاظ على توازنهم هم أنفسهم؛ لأن تعافي هؤلاء قد يصنع تغييراً كبيراً في العلاقات الشخصية. علاوة على ذلك، فإن التصنيفات نفسها لها أثر غير عادل على احتمالات التحسن. فالمصطلحات مثل الاضطراب الفصامي الوجداني، والذهان الاكتئابي الهوسي تنقل انطباعاً غير مبرر بعدم القابلية للعلاج رغم أن كثيراً من أصحاب هذه الحالات لديهم فرص ممتازة للشفاء، خاصة منذ ظهور العلاجات البيولوجية مثل الأدوية المضادة للذهان، والليثيوم، والعديد من مضادات التشنجات المنظمة للمزاج. كما أن هناك تحيزاً ثقافياً شديداً للتشخيص. ففي إنجلترا على سبيل المثال، كثيراً ما يستخدم تشخيص الاستجابة الاكتئابية الهوسية لمرضى لو كانوا في الولايات المتحدة لتم تشخيص حالاتهم على أنها فصام (شيزوفرنيا).

كذلك يمكن أن تكون المفاهيم التشخيصية مضللة عندما يساء تفسيرها لتعني ضمناً أن الأشخاص الذين لا يقعون في فئات معينة من الاضطرابات العاطفية -الذين لا يظهرون هلاوس، أو أوهاماً، أو تغيرات خطيرة في الحالة المزاجية- هم بالضرورة أصحاء معافون. وهذا أبعد ما يكون عن الحقيقة.

إن اضطرابات الشخصية -مثل النرجسية، والقهرية، والهستيرية، والعدوانية السلبية- لا تقل تدميراً عن الاضطرابات التي تظهر في صورة تشوشات شديدة في التفكير، أو الإدراك، أو المزاج. وبما أن هذه الاضطرابات لا يتم اكتشافها، فإن المحيطين بمن يعانون منها كثيراً ما يعانون أكثر من معاناة المرضى أنفسهم بالطبع. فالحاجة الشديدة للسيطرة على الآخرين، والميل نحو إثارة الشعور بالذنب والاعتمادية لدى الآخرين، والأنانية الملحوظة، وتبلد المشاعر، لا تقل إزعاجاً عن الاكتئاب؛ والحقيقة أنها غالباً ما تكون أكثر إزعاجاً.

غير أن إنكار وجود ما يسمى بالمرض النفسي يظهر افتقاراً إلى الفطرة السليمة، وربما يحرم أسرة المريض من فهم ما يتعاملون معه ويواجهونه. روى والد صبي مراهق ظل يدخل المستشفى ويخرج منها على نحو متقطع على مدار ٣ سنوات كاملة تجربته قائلاً:

"عندما مرض ابني للمرة الأولى، كان في الثالثة عشر من عمره. كان مكتئباً

وحاول الانتحار، وكان سلوكه غريباً، كأن يغمغم في نفسه على نحو غير مترابط. ظننت عندما دخل المستشفى أنه سيبقى هناك لبضعة أشهر فحسب. فعلت كل شيء باستطاعتي للتعاون مع الأطباء، وأعطيت الأخصائيين الاجتماعين تاريخ أسرتي كاملاً. وعندما كنت أزور ابني، كنت أحاول فعل كل شيء أمروني به... أدعه يغضب مني إذا شاء... أتجنب الحديث عن الأشياء التي قد تكون مزعجة. ملأني أنا وزوجتي الشعور بالذنب، وكلما طال مرضه، ازداد لدينا هذا الشعور. حاولت أن أعرف من الأطباء ما الخطب، ولكنهم كانوا لا يكلمونني إلا من منظور العلاقات الأسرية. افترضت أنهم يظنون أن مرض ابني نتاج مشكلات بيني وبين زوجتي وأننا فعلنا به شيئاً بشعاً خلال طفولته. بعد ذلك بعامين، عرفت أخيراً من طبيب استشاري أنه يعاني من إحدى صور الفصام، وشرح لي معنى ذلك فأدركت لأول مرة أن كثيراً من الأشياء ساهمت في مرض ابني: الكيمياء، والوراثة، وأشياء ربما حدثت أثناء الحمل لم يكن لنا سيطرة عليها. كانت المرة الأولى التي نشعر فيها بالتحرر من الشعور الرهيب بالذنب".

إن التشخيص الحذر يوفر أساساً سليماً للعلاج الطبي. فالاكتئاب ليس مجرد حالة نفسية؛ إنه أيضاً تشخيص. وبالنسبة لمجموعة مختارة من المرضى -المصابين باكتئاب شديد ومن يعانون من استجابات اكتئابية هوسية (تسمى الآن اضطرابات ثنائية القطب)- نجد أن التشخيص ذو أهمية أساسية في دراسة أسباب الحالة واستخدام العلاج الفعال معها. على سبيل المثال، *لو أن الاكتئاب هو الحالة الوحيدة التي ينبغي التعامل معها -اكتئاب أحادي القطب أو اكتئاب جزئي- فسوف ينظر في استخدام مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أو مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية مثلاً. وإذا حدث الاكتئاب في إطار اضطراب ثنائي القطب، فهذا يشير إلى ضرورة استخدام الليثيوم أو مضادات التشنجات مثل كاربامازيبين أو ديفالبرويكس* صوديوم.

إن التأكيد على عدم وجود ما يسمى بالمرض النفسي يتناقض مع حقيقة أنه على مر التاريخ، أظهرت مجموعات خاصة من الأفراد أعراضاً تتطابق مع المفاهيم الحالية للاضطرابات المزاجية وحالات الفصام الأشد، مهما كانت تسميتها في ذلك الحين. ففي عام ١٦٢٠، في جامعة بازل بسويسرا، نشر "فريدريكوس فلاكت" -الذي

صار فيما بعد الطبيب الرسمي المعين لمدينة فورمس- بحثاً بعنوان Treatise on Melancholia. كتب يقول:

> الاكتئاب خلل عقلي.... والرجال المصابون به كثيراً ما [يذرفون] الدموع دون أي سبب؛ وآخرون [يضحكون] في صخب. أحدهم يظن أن السماء ستسقط، وآخر يظن نفسه وعاء فخارياً ومن ثم يحرص على تجنب أن يلمسه الناس خشية أن ينكسر... [يستمر] الخوف والأسى لوقت طويل دون سبب واضح.... [هناك] أنواع أخرى من الجنون مثل الهوس... ومَن استولى عليهم الهوس بشدة لا يترددون في الهجوم بأكبر قدر ممكن من الجرأة والحماسة على أي شيء يشكل تهديداً....
>
> [رجل] آخر تصور أن ردفيه مصنوعتان من البلور، فاستمر في وضع الوقوف خشية أن لو جلس فسوف تتحطم ردفاه إلى ألف شظية.

لم يفرق الأطباء الأوائل بين مختلف أنواع الاضطرابات النفسية، ولكن جمعوها تحت تصنيف واحد وهو السوداوية Melancholia. ولم يبدأ الأطباء السريريون في التفريق بشكل أدق بين مختلف صور المرض النفسي إلا في الجزء الأخير من القرن التاسع عشر. فمن الاضطرابات المسماة بالسوداوية، استخلص طبيب الأمراض العصبية السويسري "يوجين بلويلر" المجموعة التي أسماها اضطرابات الفصام، حيث ارتكز تعريفه للفصام على وجود علامات وأعراض معينة من بينها التشوش الشديد في عمليات التفكير المنطقية، وانفصال بين العمليات العقلية والعاطفية، بحيث يمكن أن يفكر مريض الفصام في أفكار حزينة ومزعجة مع مظهر خارجي ينم عن اللامبالاة؛ المشاركة في إدراك الناس للواقع، التي تتيح لهم القدرة على تعريف عالمهم وفق أوهامهم؛ التضارب العميق في طريقة إدراكهم لأنفسهم وللعالم.

في حالات الابتهاج والاكتئاب الشديدة والمعروفة باسم الاستجابة الاكتئابية الهوسية، توجد علاقة وثيقة بين مزاج المريض وعمليات تفكيره، وهذه العلاقة غير موجودة لدى مرضى الفصام. في عام ١٨٩٩، وضع الطبيب النفسي الألماني "إميل كرابيلين" تشخيصاً للذهان الاكتئابي الهوسي، وهو اضطراب يمثل تغير الحالة المزاجية فيه جزءاً ذا أهمية كبيرة؛ ويعني هذا أن عمليات تفكير المرضى كانت سليمة ومحتوى تفكيرهم نتج منطقياً عن حالتهم المزاجية الأساسية. فإذا كان المرضى

مبتهجين، كان امتلاؤهم بالمرح يؤثر على أفكارهم، وكان سلوكهم النابض بالحياة نابعاً من حالتهم المزاجية. وإذا كانوا مكتئبين، كان انشغالهم بالهموم المروعة يعكس يأسهم.

وصف كرابيلين العلامات السريرية للاستجابة الاكتئابية الهوسية، بما في ذلك إمكانية التنبؤ بصفتها الدورية. ففي فصول معينة من العام، وخصوصاً الربيع والخريف، يدخل هؤلاء الأفراد في فترات من الابتهاج أو الاكتئاب دون سبب ظاهر. وقد أشارت الطبيعية الإيقاعية لهذه التغيرات المزاجية إلى وجود ساعة بيولوجية داخل المرضى تحدد متى وإلى أي مدة زمنية تظل حالتهم المزاجية متغيرة. ومازال وصف كرابيلين للمصابين بالاضطراب الاكتئابي الهوسي صحيحاً، رغم أن مزيداً من الاهتمام الدقيق يعار الآن للتمييز بين مختلف أنواع اضطرابات المزاج. *وما أسماه ذات يوم المرض الاكتئابي الهوسي يشار إليه الآن باسم الاضطراب ثنائي القطب.* كما أظهرت أبحاث لاحقة مؤثراً وراثياً مهماً يشمل ميل الصوديوم إلى البقاء داخل خلايا الجهاز العصبي خلال فترات الاضطراب.

كان جون ترainor في السابعة والأربعين من عمره عندما توفي أبوه. وعلى مدار أسبوع أو نحو ذلك بعد الجنازة، ظل أكثر هدوءاً وعزلة من المعتاد، ثم بدون سابق إنذار اشترى لوحة ثمينة من إحدى صالات العرض بمبلغ ١١٠٠٠ دولار، وهو مبلغ بالكاد كان يقدر عليه. وبعد بضعة أسابيع، بدأ يتصل بأصدقائه وجيرانه مقترحاً عليهم الاجتماع وتشكيل لجنة لجمع عدة ملايين من الدولارات بغرض إعادة بناء وسط المدينة على نحو ينسجم مع تقاليد القرن التاسع عشر، كما وقع على رهن بخمسين ألف دولار للصندوق الاجتماعي المحلي.

لم تتمكن زوجته أو محاميه من منعه من سلوكه مفرط النشاط. وكلما حاولا الحديث معه، كان يغضب مهدداً زوجته بالطلاق ومحاميه بالاستغناء عن خدماته. وعندما وصلت زوجته إلى البيت ظهيرة أحد الأيام لتجده في المكتبة والهاتف مقطوع من مقبسه وهو يصيح قائلاً إن أحدهم كان يتنصت على هاتفه ليعرف معلومات حول اختراع جديد قام بتطويره، اتصلت بطبيب العائلة وهي في حالة من الذعر، ورتبا لإدخاله إحدى المستشفيات النفسية.

فبدلاً من أن يدخل ترainor في حالة من الحزن بعد وفاة أبيه، صار مبتهجاً،

ومرحاً، ومغروراً، ومليئاً بالخطط والأفكار الكبيرة، وأصبح يظهر حس دعابة حاداً. وصار يغضب بسهولة. وفي ذروة ابتهاجه، كانت تعتريه الأوهام. تم تشخيص حالته على أنها استجابة اكتئابية هوسية (اضطراب ثنائي القطب)، وهي حالة تصيب حوالي ثلاثة أو أربعة أشخاص من كل ألف.

في المستشفى، أعطوه دواء مضاداً للذهان. وفي غضون عدة أيام، بدأت إثارته الهوسية تخمد. ولكن مع نهاية الأسبوع الثاني، صار مكتئباً بعمق. أصبح يجلس في غرفته رافضاً الخروج، وممتنعاً عن الحديث مع الأطباء أو الممرضات. وذات مرة، حاول الانتحار بشنق نفسه بمنشفة على باب الخزانة. وبسبب شدة حالته لدرجة تهدد حياته، تم إخضاعه لسلسلة من ثماني جلسات من العلاج بالصدمات الكهربائية، فتحسن بسرعة أثناء العلاج، وبنهاية العلاج، لم تظهر عليه أي علامات ابتهاج أو اكتئاب.

ظل في حالة طيبة لمدة ٤ سنوات. في بعض الأحيان، تجده كئيباً، وفي أحيان أخرى أكثر حيوية ونشاطاً من المعتاد، وكان هذا التأرجح فيما يبدو يتبع إيقاعاً معيناً، وكان أكثر وضوحاً قرب موعد الذكرى السنوية لإصابته بالمرض لأول مرة. ثم فجأة ودون سابق إنذار، صار مكتئباً بعمق، رغم عدم وجود تغير ظاهر في موقفه الحياتي، فأقدم على محاولة انتحار متهورة وخطيرة، حيث ربط على خصره حجراً وقفز في حمام السباحة. وعلى إثر هذه المحاولة، دخل المستشفى.

أعطاه الأطباء هذه المرة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، التي كان قد بدأ استخدامها خلال السنوات التالية لمرضه الأول. زال اكتئابه تدريجياً، وظل في حالة نفسية مستقرة لبضعة أسابيع أخرى، ولكنه بالتدريج انتابته سعادة غامرة وصار ثرثاراً وكثير الطلبات. "لم أكن أنوي قتل نفسي. لماذا أقتل نفسي وأنا أمتلك كل ما يستدعي الحياة؟ هناك كثير جداً من المتع في الدنيا وقد وجدت طريقة للشعور بها. كلا، لن أخبرك؛ فهذا سر، وربما تجد وسيلة لانتزاعها مني".

في ذلك الوقت، كان مبتهجاً ومتوهماً بصورة صريحة. بدأ الأطباء يعالجونه بالليثيوم، وعلى مدار الأسبوعين التاليين، انحسر إحساسه بالابتهاج. وفي غضون شهرين، تحسنت حالته بما يكفي للخروج من المستشفى. وهو الآن يتعاطى الليثيوم منذ ٨ سنوات، ولم تعاوده حالة الابتهاج ولا الاكتئاب.

جون ترainor مثال على أهمية التشخيص في تحديد اختيار العلاج البيولوجي؛ وهو استخدام الليثيوم ومضادات التشنجات مثل كاربامازيبين (تيجريتول) وديفالبرويكس (ديباكوت) في الحالات ثنائية القطب مثل حالته. هذه الأدوية فعالة في تقليص المراحل الهوسية من الاضطراب ثنائي القطب. والأكثر من ذلك أنها فيما يبدو تمنع هؤلاء المرضى من الدخول في فترات متكررة من الابتهاج أو الاكتئاب. غير أنها ليس لها أثر مؤكد في تخفيف الاكتئاب لدى المصابين باكتئاب أحادي القطب، وحتى لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب، قد تكون هناك حاجة إلى مضادات الاكتئاب (بالإضافة إلى منظم للحالة المزاجيةبالطبع) لتخفيف الاكتئاب في المرحلة الاكتئابية من المرض.

مع الحصول على مزيد من المعلومات حول المرض ثنائي القطب وعلاجه، تبرز العديد من التبصرات الجديدة. فمعظم الأطباء النفسيين في الولايات المتحدة اليوم يستخدمون ديفالبرويكس مع مرضى الاضطراب ثنائي القطب، وصار الليثيوم اختياراً ثانياً بسبب كثرة آثاره الجانبية، مثل ضعف الإدراك (عمليات التفكير)، وخطر الإضرار بالكلى. وفي علاج الهوس الحاد، يمكن الجمع بين ديفالبرويكس وواحد من العقاقير الجديدة المسماة مضادات الذهان غير القياسية، مثل أولانزابين (زايبريكسا) أو ريسبيريدون (ريسبيردال). وتلك العقاقير لها آثار جانبية محتملة الخطورة أيضاً، مثل البدانة وخلل أيض الجلوكوز (مضاعفات السكر) في حالة أولانزابين، وآثار حركية (ضيق، ارتعاش، تناسق ضعيف، تململ حركي) في حالة ريسبيريدون. وربما ثبتت فعالية مضاد جديد للتشنجات هو لاموتريجين (لاميكتال) في علاج المصابين باضطراب ثنائي القطب الذين يظهرون أعراضاً اكتئابية في الأساس.

العلاج بالاختلاج الكهربي والتنبيه المغناطيسي عبر الجمجمة

توضح حالة جون ترainor كذلك قيمة العلاج بالصدمات الكهربائية في التعامل مع حالات الاكتئاب الشديدة جداً أو الذهانية. وقد تم في الأصل اكتشاف العلاج بالصدمات الكهربائية بالصدفة عندما حاول الطبيب النفسي المجري "إل.

جيه. فون ميدونا" في عام ١٩٣٥ استخدام الاختلاجات في علاج مرضى الفصام (الشيزوفرنيا). كان يعتقد أن معدل حدوث الصرع منخفض بين مرضى الفصام، وأن مرضى الصرع نادراً ما كانت تظهر عليهم أعراض الفصام. قاده هذا الافتراض -الذي ثبت بطلانه لاحقاً- إلى وضع فرضيته القائلة بأن إحداث سلسلة من الاختلاجات الكهربية الصرعية الكبرى قد يكون له آثار مفيدة على مرضى الفصام. ورغم ملاحظة بعض التحسن في الحالة، فإن التغير الأساسي الذي كانت تحدثه الاختلاجات الكهربية كان يقتصر فيما يبدو على الحالة المزاجية، سواء كانت اكتئاباً أو ابتهاجاً. وقد فسرت الدراسات اللاحقة هذا الانطباع بأن سلسلة تضم حوالي ست جلسات من العلاج بالصدمات الكهربية سوف تقضي على اضطراب الحالة المزاجية بشكل كبير.

والعلاج بالصدمات الكهربية إجراء بسيط نسبياً؛ حيث يدخل الشخص غرفة علاج خاصة ويعطى مخدراً ومهدئات عضلية. وبمجرد أن يدخل في النوم، يتلقى تياراً كهربياً كافياً من خلال قطبين كل واحد منهما ملتصق بأحد الصدغين لإحداث ما يعرف فنياً باسم نوبة صرعية كبرى، تشبه التشنج الصرعي. غير أنه لا يحدث إلا القليل من الحركات الجسدية -إن وجدت- لأن المخدر والمهدئات العضلية تمنع حدوثها. وبعد الاختلاج الكهربي الذي يدوم أقل من دقيقة، ينام المريض ساعة أو أكثر، وعندما يستيقظ فإنه لا يتذكر عادة أي شيء عن عملية العلاج نفسها.

ومن المثير للاهتمام أن الآثار العلاجية للصدمات الكهربائية لا تعتمد على المظاهر البدنية للاختلاج. وبالمثل، فإن الكهرباء ليست لها صلة كذلك؛ فالمستنشقات -وهي غازات يمكن إعطاؤها لإحداث الاختلاجات- لها نفس الأثر العلاجي. والحقيقة أن هذا الإجراء يؤتي مفعوله بطريقة ما بواسطة تقليل عتبة حساسية الجهاز العصبي المركزي للنوبات وبإحداث تحول مصاحب في توازن أيض المعادن والأمينات الحيوية داخل الخلايا وفي أغشية الخلايا.

رغم أن مضادات الذهان، ومنظمات المزاج، والعديد من مضادات الاكتئاب قللت بشكل ملحوظ من الحاجة إلى العلاج بالصدمات الكهربية، فإن عدداً معيناً من المرضى مازال يستجيب للصدمات بصورة أفضل من هذه العقاقير. وبالإضافة إلى ذلك، فإن العلاج بالصدمات الكهربائية يؤتي مفعوله أسرع وفعاليته مضمونة بدرجة

أكبر. لذا، فإن العلاج بالصدمات مازال يستخدم كثيراً مع المضطربين بشدة، مثل هؤلاء الذين لديهم ميول انتحارية شديدة وفورية.

غير أن التخفيف السريع للأعراض بواسطة العلاج بالصدمات يمكن أن يثني المريض والطبيب على حد سواء عن استكشاف العوامل النفسية والبيئية ذات الصلة بالاكتئاب. وهذا كثيراً ما يترك المرضى دون حماية من عودة اضطرابهم المزاجي مستقبلاً. وبالنسبة لكثيرين، يبدو العلاج بالصدمات نفسه "وحشياً" رغم أن مضاعفاته البدنية أقل عدداً وخطراً من عملية لاستئصال الزائدة الدودية.

يرفض معظم الناس بشكل يمكن تفهمه السماح بنقلهم على سرير متحرك، وهم في حالة من الضعف والعجز، إلى غرف العلاج حيث يفقدهم المخدر وعيهم ثم تقوم مجموعة من الأطباء والمرضات بإجراء يغير توازن مخاخهم الكيميائي والكهربائي. ونتيجة إعراض الأطباء عن استعمال هذا العلاج وإعراض المرضى عن تلقيه، كانت هناك بلا شك حالات يتعين فيها استخدام العلاج بالصدمات، ولكنه لم يستخدم.

وهناك الآن علاج جديد واعد للاكتئاب يسمى التنبيه المغناطيسي عبر الجمجمة، وربما يأتي يوم ويحل محل العلاج بالصدمات الكهربائية في علاج الاكتئاب السريري الشديد. ويشتمل التنبيه المغناطيسي عبر الجمجمة على تمرير تيار كهربائي خلال ملف معدني يوضع على فروة الرأس لإحداث نبضات مغناطيسية مترددة. وهو يخلو من الألم، ويبدو أنه ليست له آثار جانبية، كما أنه -بخلاف العلاج بالصدمات الكهربائية- لا تصاحبه نوبات، وبالتالي ليست هناك حاجة إلى التخدير. "بي. جي. جانيك" وزملاؤه في جامعة شيكاغو من بين الباحثين الذين أجروا دراسات على التنبيه المغناطيسي عبر الجمجمة، ذكروا في تقرير حديث أنه يتساوى في فعاليته مع العلاج بالصدمات الكهربائية في تخفيف الاكتئاب السريري لدى أصحاب المرض الشديد.

فئات تشخيصية أخرى للاكتئاب السريري

جرت محاولات لتعريف مختلف أنواع الاكتئاب أحادي القطب. قسم البعض الاضطرابات المزاجية إلى نوع خارجي المنشأ، حيث تكون الأحداث الخارجية في حياة

المريض هي التي تثير الاستجابة في هذا النوع، ونوع داخلي المنشأ لا يمكن فيه اكتشاف مثل هذه التغيرات الخارجية بسهولة. وقيل إن الأول نفسي المنشأ في الأصل، في حين أن الأخير ناتج عن أسباب بيولوجية. مثل هذا التقسيم لم تثبت صحته، وله قيمة إكلينيكية محدودة. والواقع أن الدراسات الحديثة تشير إلى إسهام عوامل الضغط بدرجة كبيرة في بدء الاكتئاب لدى الأغلبية العظمى من المرضى الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية خطيرة من النوع أحادي القطب.

نوع آخر من أنواع الاكتئاب تم تعريفه هو *الاكتئاب الجزئي*، الذي كان يسمى سابقاً *الاكتئاب العصابي*. وهذا النوع يتسم بسنوات من انخفاض تقدير الذات، والقلق، ونقص الدافع، والتشاؤم، وهبوط الحالة المعنوية، وأنماط التفكير السلبية. وكثيراً ما يشعر هؤلاء المرضى بأن "هذه هي طبيعتي وطبيعة العالم الذي أعيش فيه"، ومعظم مَن حولهم يوافقونهم في هذا. والواقع أن هؤلاء المرضى غالباً ما يستجيبون للعلاج النفسي ومضادات الاكتئاب، خاصة مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية الجديدة. وعندما يصبح مريض الاكتئاب الجزئي أكثر اكتئاباً على نحو خطير ويستوفي معايير الإصابة باضطراب اكتئابي خطير، يشير الأطباء عموماً إلى هذا التطور باسم "الاكتئاب المزدوج".

ثمة محاولة أخرى للتعريف تضمنت ربط الاكتئاب ببعض الأوقات في الدورة الحياتية مثل "السوداوية الانتكاسية" أو "اكتئاب سن الشيخوخة". وقد كانت هذه التقسيمات ذات قيمة عملية ضئيلة، وإن كانت أدت إلى شيء، فقد أدت إلى الافتراض الخاطئ بأن الاكتئاب الحادث خلال سن اليأس، أو الإياس الذكوري، أو خلال فترة الشيخوخة هو في الأساس مختلف عن الاكتئاب الذي يظهر في مقتبل الحياة.

وثمة تقسيم فرعي ثبتت قيمته إكلينيكياً، حيث يفيد كتلميح مهم للعلاج هو تشخيص الاكتئاب العصابي الذي كثيراً -ولكن ليس حصرياً- ما يكون في صورة اكتئاب بارانويدي. إن أي شخص مكتئب يشعر بسهولة بفرط الحساسية وبأنه مرفوض. فإذا اشتد نقص الثقة المصاحب لهذه الحساسية بدرجة كافية، يمكن أن يصبح الشخص بارانويدياً، وحتى متوهماً. في صورها الخفيفة، يمكن أن تكون صفة البارانويدية مربكة إلى حد كبير بالنسبة للأصدقاء والأقارب. قال زوج إحدى النساء المكتئبات: "زوجتي تتهمني بالتورط في علاقة غير شرعية، ولا يمكنني زعزعتها عن

رأيها. إنني بريء بالطبع. إنني لم أعبث طيلة ٢٠ عاماً من الزواج. ولكنها فجأة تظن أنني وغد حقير. عندما اضطررت لاختصار عطلتنا من ١٠ أيام إلى أسبوع هذا الصيف، أصيبت بنوبة وقالت إنني فعلت هذا لجرحها، وإنني لم أعد أحبها، أو إذا كنت أحبها، فإنني لا أعرف كيف أراعي مشاعر أي شخص فيما عدا نفسي".

وفي الصور الأشد، يكون العنصر البارانويدي واضحاً تماماً. دخل مهندس يبلغ من العمر ٣٠ عاماً في مشادة مع واحد من أصدقائه المقربين ذات مساء. وفي اليوم التالي، كان مكتئباً تماماً ولم يتوجه إلى العمل. وبحلول مساء ذلك اليوم، بدأ يتصور تعرض رسائله البريدية للاعتراض وتجسس الناس عليه من منزل مجاور؛ فلم يستطع النوم مطلقاً تلك الليلة. وفي اليوم التالي، أصابه الخوف والاهتياج بسبب اضطرار زوجته إلى الاتصال بطبيب الأسرة الذي رتب لإدخاله المستشفى. وبواسطة نظام علاجي باستخدام الفينوثيازينات ومضادات الاكتئاب، بدأت أوهامه البارانويدية تخف في غضون بضعة أيام، ولكن اكتئابه الأساسي أصبح أكثر وضوحاً، واستمر ٤ أسابيع أخرى قبل أن يبدأ في الزوال في النهاية.

نبه التشخيص -اكتئاب ذو ملامح بارانويدية- الطبيب إلى أهمية إضافة مهدئات قوية إلى برنامج العلاج بمضادات الاكتئاب من أجل تقليل الخوف والاهتياج اللذين كانا يسببان أوهامه البارانويدية، وبدونها، ربما لم تكن مضادات الاكتئاب بمفردها لتؤتي مفعولاً.

مع النمو السريع في الأساليب العلاجية الكيميائية الحيوية، صار للتشخيص -بمصاحبة تقييم دقيق للعواطف وأعراض الاكتئاب- مكاناً بارزاً في الطب النفسي؛ فهو يسمح للأطباء بالاختيار الدقيق للعلاج المناسب للمريض المناسب وفي الوقت المناسب بينما يحاولون تخفيف محنته وخلله الوظيفي، وفي الوقت نفسه، تسهيل عملية العلاج النفسي.

أي مناقشة للاكتئاب يجب أن تلقي الضوء على الآثار القوية للكحول على الجهاز العصبي المركزي وطرق تأثيره بعمق على تجربة الاكتئاب. فالكحول يمكنه أن يسبب الاكتئاب ويفاقمه، كما أن تعاطيه بكميات كبيرة يزيد من خطر الانتحار. وبالنسبة لمن يشربون الكحوليات، إذا قلت علامات الاكتئاب بعد ٣ أو ٤ أسابيع من التوقف عن تعاطيها، فالأرجح أن الكحول كان هو السبب الرئيسي لحالة الاكتئاب؛ وإذا لم تقل،

فإن المريض ربما يعاني من اكتئاب سريري يتطلب علاجاً معيناً؛ علاجاً نفسياً مع أو بدون مضادات الاكتئاب، ويفضل مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية. غير أنه لا يحتمل أن يخطو مرضى الاكتئاب الذين يعانون من مشكلات تتعلق بتعاطي الكحوليات خطوات واسعة نحو الشفاء دون الامتناع تماماً عن شربها، وعادة ما يكون ذلك باتباع برنامج من اثنتي عشرة خطوة، مثل برنامج الجمعية الأمريكية الشهيرة Alcoholics Anonymous.

إن الفعالية المؤكدة التي لا تقبل الجدل للطرق البيولوجية في علاج كثير من المرضى المصابين باضطرابات مزاجية تؤكد على أهمية البحث الجاد عن فهم للتغيرات الكيميائية الحيوية في وظائف المخ التي تلازم الإصابة بالاكتئاب في بعض الحالات، وفي حالات أخرى، ربما تسبب الاكتئاب فعلاً.

الفصل ١٩

الاكتئاب في فترة الطفولة

مع وجود سندريلا، وسنو وايت، وويني ذا بوه، والضفدع كيرميت، وساحر أوز، والديناصور الأرجواني بارني، وغيرها من الرموز والشخصيات التي يحبها الأطفال، بالإضافة إلى الملاهي، والدراجات، وحركات التزلج، ومباريات كرة القدم، والقراءة، والكتابة، والحساب، فإن الطفولة ليست وقتاً مناسباً للاكتئاب على الإطلاق.

ولكن مع الأسف، إنها كثيراً جداً ما تكون كذلك. فالأطفال منذ الميلاد إلى البلوغ تقريباً يمكن أن يشعروا بالحزن والاهتياج، والضياع واليأس، ويفقدوا اهتمامهم بالأنشطة التي كانوا يستمتعون بها ذات يوم، وتضعف ثقتهم بأنفسهم ويقل احترامهم لذواتهم، ويرسبوا في الدراسة، بل ويقدموا على الانتحار أيضاً.

لم يعد الأطفال محصنين ضد مآسي الحياة أكثر من أي شخص آخر. والواقع أنهم شديدو الضعف والعرضة للخطر، بسبب صغرهم، وعجزهم، وسذاجتهم، وافتقارهم للخبرة ومهارات التعامل التي نأمل أن يكون الكبار اكتسبوها. قد يكون الأبوان وحشيين ومؤذيين لأطفالهما. كما أن المشادات الساخنة بين الأبوين يمكن أن تخيف الأطفال. ويمكن أن يكونا قاسيين وميالين إلى العقاب، وخائفين ومكتئبين. ويمكنهما القفز من السفينة متخليين عن الجميع. ويمكن أن ينفصلا، بصورة دموية

أحياناً. ويمكن أن يبالغا في حماية أطفالهما فيجعلانهم اعتماديين أكثر مما ينبغي. ويمكن أن يكونا مدمنين للخمر أو المخدرات. ويمكن أن يمرضا. ويمكن أن يموتا في الشباب. وفي ظل ظرف أو أكثر من مثل هذه الظروف، يصاب الأطفال بالاكتئاب.

ولكن كما هي الحال مع البالغين، هناك فرق بين الحزن الطبيعي والاكتئاب السريري. قالت فتاة ذكية في الثانية عشرة من عمرها: "عندما توفي جدي، أحس الجميع بالحزن. كنت أجد أبي جالساً بمفرده في المكتبة يحدق في الفضاء، وكان يثب عندما يسمعني وأنا أدخل الغرفة ويبذل جهداً كي يبتسم. كنت حزينة جداً كذلك لأنني كنت أحب جدي. كانت لنا ذكريات كثيرة جميلة معاً. كنت أرقد في الفراش ليلاً وأحياناً أبكي حتى أستغرق في النوم. لم أكن أريد حضور تدريبات كرة القدم، ولكني حملت نفسي على الذهاب. انخفض مستوى درجاتي في المدرسة، ليس كثيراً، ولكنه انخفض من ممتاز في جميع المواد إلى جيد وجيد جداً. ظللت أتساءل ما إذا كان جدي سيذهب إلى الجنة، وما إذا كان شملنا سيلتئم من جديد ذات يوم. ولكن مع مرور الشهور، أحسست أنني عدت لطبيعتي من جديد. تقبلت واقع رحيله، وكنت أعلم أنني يجب أن أستأنف حياتي. أبي أيضاً بدا أحسن حالاً".

لا يجب على الأبوين أن يبدأا في التفكير في أن الطفل مصاب بالاكتئاب السريري إلا عندما يتأخر الاكتئاب في الزوال ويكون له أثر كبير على سلوكيات الطفل. وينطبق هذا أيضاً على الطفل عندما يبدو مكتئباً دون أي سبب ظاهر.

مظاهر الاكتئاب لدى الأطفال

يُظهر الأطفال الاكتئاب بعدة طرق، منها ما هو خاص بهم كأطفال، ومنها ما هو مشترك بينهم وبين البالغين. وبداية الاكتئاب السريري قد تكون مفاجئة أو تدريجية، ولكنها عادة تشتمل على تغير ملحوظ في السلوكيات. صبي في السادسة من عمره لم يعد مهتماً باللعب مع أصدقائه، وصار يفرط في النوم، ويزداد كسلاً، ويمضي طيلة يوم الإجازة في فراشه إذا سمحت له أمه بذلك، وهو ما لم تكن تسمح به. فتاة في الثامنة من عمرها تواجه صعوبة غير عادية في استذكار دروسها، وصارت سريعة الغضب وبادية الحزن في البيت، تأكل بنهم قوالب الحلوى والأيس كريم بالشيكولاتة، وتشكو من آلام في المعدة لا يجد لها طبيب الأطفال تفسيراً بدنياً. وهي تشعر بالقلق،

وأحياناً تكون متوترة بشكل صريح؛ حتى إن أبويها يسمعانها وهي تمشي جيئة وذهاباً في غرفتها في وقت متأخر ليلاً. كما كانت تفكر بدون علم أحد في الانتحار بتعاطي حفنة من حبوب أمها المهدئة.

رغم أهمية عدم إساءة تفسير مشكلات التغيرات السلوكية للصغار الأصحاء الأسوياء، فمن المهم بنفس القدر أن نكون مستعدين لأن نتعرف -عند احتمال كون الطفل مكتئباً سريرياً- على السبب المحتمل لهذا التغير المزاجي وماذا نفعل حياله.

واجه بيني البالغ من العمر أحد عشر عاماً وقتاً عصيباً في الصف الخامس. انخفضت درجاته من جيد مرتفع إلى مقبول في جميع المواد الدراسية. لم يسبق له أبداً أن كان أداؤه متميزاً في الرياضيات والتاريخ، ولكن أداءه الآن بات سيئاً في كافة المواد. في المدرسة، كانت مشاركته في الفصل بحد أدنى، كما وصفت معلمته مظهره بأنه كئيب، وقالت معلقة: "إنه ليس بيني الذي عرفناه العام الماضي". وفي البيت، كان يشكو من كراهيته للمدرسة، ومن غبائه. كان يقضي معظم وقته في غرفته وبابها موصد، وكان كثيراً ما يتأخر عن العشاء. وفي العطلات الأسبوعية، لم يعد يخرج للقاء أصدقائه لركوب الدراجات أو لعب البيسبول. ذات مرة، فرّ ووصل إلى محطة الحافلات في وسط المدينة، ولكن تفكيره لم يهده إلى مكان يذهب إليه، فعاد أدراجه. وبعد أن كان في العادة فتى لطيفاً حسن السلوك، صار سريع الانفعال مولعاً بالجدل معظم الوقت.

حاولت أمه إقناعه بالحديث عن أي شيء يضايقه دون جدوى. ظن والده أنه بدأ سن المراهقة، ولكنه عندما حاول طرق الموضوع معه، اكتفى بيني بالنظر في وجهه نظرة ملؤها الازدراء وتركه فجأة وانصرف. حينئذ اتخذ أبوه أسلوباً أكثر تأديباً، فأخبر ابنه أنه إذا لم يعد لصوابه، ويكون أكثر تهذيباً، ويحسن أداءه في المدرسة، فسوف يحرمه من الامتيازات مثل مشاهدة التليفزيون ومصروف الأسبوع، لم يبدُ على بيني أنه يبالي بهذا. وبعد أن أعيتهما الحيل، ناقشا الأمر مع طبيب أطفال الأسرة فأحالهما إلى د. ويل هاندليس، طبيب نفس الأطفال، فذهب الوالدان بمفردهما لمقابلته، وعند سماعه القصة قال إنه يشك أن بيني مكتئب وحدد موعداً يراه فيه أيضاً.

في البداية، لم يستطع د. هاندليس إيجاد أي مثير لاكتئاب بيني. والحقيقة أن

الصبي نفسه قال إنه لا يشعر بالحزن أو الاكتئاب، ووصف حالته بقوله: "أنا لا أشعر بأي شيء، وليس لدي ما أتحدث عنه". وكما هي الحال غالباً، استخدم د. هاندليس استراتيجية للحديث مع بيني عن الموضوعات التي ربما تثير اهتمام صبي مثله في الحادية عشرة من عمره، مثل الرياضة أو أي هوايات خاصة. كانت إجابات الصبي مقتضبة، ولكنه كشف عن فقد الاهتمام بمعظم النشاطات التي كان يستمتع بها ذات يوم. لقد تأكد التشخيص. فأحد أعمامه سبق أن عولج من اكتئاب سريري، وكذلك الحال مع جدته لأمه. خطر ببال الطبيب وجود دور للتأثيرات الوراثية وفكر في خيار استخدام مضاد للاكتئاب، ولكنه قرر تأجيل هذا القرار حتى يعلم المزيد عن مريضه وموقفه العائلي.

اقتضى الأمر عدة زيارات أخرى مع الوالدين قبل أن يعترفا في النهاية أن زواجهما يواجه مشكلة خطيرة. فقد صار هناك نفور بينهما منذ سنوات، وهما الآن يفكران في الطلاق. لم يكن دخولهما في مشادات ربما سمعها أولادهما هو المشكلة، ولكنهما كانا يعيشان في جو من الفتور وعدم التواصل إلا عند الحاجة.

قالت أمه: "لم أظن أبداً أن الأطفال يمكن أن يلاحظوا مشكلاتنا. لقد بذلنا ما في وسعنا لإخفائها".

علق د. هاندليس قائلاً: "الواقع أنك لا تستطيعين إخفاء الكثير عن الأطفال؛ فهم يمتلكون جهاز رادار مذهلاً. لم يذكر بيني أي شيء عن هذا الأمر، ولكني على يقين بنسبة ٩٠٪ من أنه يدرك ما يحدث. هل مسألة الطلاق حقيقية... أقصد وشيكة؟".

قال والد بيني بحزن: "قريبة بما يكفي. لقد تحدثنا مع المحامين، وناقشنا شروط الانفصال. أعتقد أن هذا قد يحدث في غضون شهر أو نحو ذلك. إنني لا أريد ذلك".

أشاحت زوجته بوجهها لتتجنب نظرته المحدقة.

"حسناً، إذا كنتما جادين في هذا، فمن الضروري في رأيي أن تكونا مستعدين لمناقشته مع بيني لتتعرفا على شعوره حياله. أنتما وأنا نعرف أن انفصال الوالدين له أثر عميق على الأطفال. ربما يصابون بالاكتئاب. وإذا لم تتم مناقشة الأمور معهم بصراحة، بحيث يستطيعون التعبير عن بعض غضبهم وحزنهم ويتخلصون من الشعور بالذنب...".

قاطعته والدة بيني بنبرة دفاعية: "شعور بالذنب؟ ولماذا يشعرون بالذنب؟".

أجاب د. هاندليس: "إنهم يشعرون به فحسب. إنهم يشعرون أن الذنب ذنبهم بطريقة أو بأخرى، وهذا يضيف إلى الاكتئاب الذي يشعرون به بالفعل عندما ينهار عالمهم بأكمله. أظن أنه من الضروري أن نجتمع جميعاً مع بيني ونفاتحه في الموضوع برفق. إذا أذنتما لي، يمكنني أن أتحدث معه في الأمر أولاً. أنا أعرف كيف أشجعه على التعبير عن مشاعره وسيكون أكثر انفتاحاً للاستماع إليكما وأنتما تناقشان المسألة".

مع تحديد القضايا ومناقشتها مع بيني، حدث تحسن بطيء ولكن مستمر في تصرفاته وسلوكياته. تحسنت درجاته، وعاد من جديد للمشاركة في الأنشطة الرياضية وغيرها مع أصدقائه. ووجد طرقاً جديدة لفهم والتعبير عن مشاعره الحزينة، المخيفة أحياناً، والتي انتابته مع انفصال والديه وإنهاء زواجهما رسمياً.

بالطبع يمكن أن يكون العلاج من الاكتئاب السريري أكثر تعقيداً بالنسبة لكثير من الأطفال. وكثيراً ما يجب التعامل مع مشكلات الآباء، مثل إدمان الكحول والقمار، والأمراض النفسية مثل الفصام، بشكل مباشر، لأن اضطراب الأطفال غالباً ما يكون مرآة للتفاعلات الهدامة داخل الأسرة. وفي أحيان أخرى، ربما يلزم استخدام مضادات الاكتئاب مثل مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية. وفي حين أن الدراسات التي أجريت على استخدام هذه الأدوية في علاج الأطفال مازالت محدودة، فإنها تبدو خالية نسبياً من الآثار الجانبية الخطيرة، ولم تتم الإفادة عن أي تداخل لها مع النمو والتطور الطبيعيين. وكما هي الحال مع أي إجراء طبي، يجب أن نضع في الاعتبار نسبة الربح إلى المخاطرة. هل سيكون في صالح تقدم الطفل أن نتركه يناضل في إطار القيود التي يفرضها الاكتئاب المزمن، معتمدين تماماً على علاجه وعلاج والديه نفسياً لتحقيق الشفاء، أم نقوم بإعطائه مضاداً للاكتئاب يحسن حالته النفسية ويمكنه من أداء وظائفه بفعالية أكثر مع الاستمرار في أساليب العلاج الأخرى في نفس الوقت؟ يجب اتخاذ هذا القرار بالمشاركة بين الطبيب والأبوين، مع تشجيع الطفل على التعاون بطريقة واعية تهدئ الخوف من وصمة العار التي ربما يشعر بها كل من الأسرة والطفل المريض.

غير أن استخدام مضادات الاكتئاب مع الأطفال -خاصة عندما يصفها أطباء ليسوا متمرسين في الطب النفسي- ينطوي على خطورة خاصة. فإحدى صور

اضطراب المزاج التي تسمى الاضطراب ثنائي القطب -الذي كان يعرف سابقاً باسم الاضطراب الاكتئابي الهوسي- غالباً ما تبدأ بفترة مطولة من الاكتئاب وسرعة الغضب، مما قد يدفع الطبيب إلى إعطاء الطفل مضادات للاكتئاب، ولكن عليه قبل أن يفعل هذا أن يجري تقييماً دقيقاً جداً لتحديد احتمال وجود اضطراب ثنائي القطب؛ لأن الاستعمال المهمل أو غير الحكيم لمضادات الاكتئاب سبب شائع من أسباب الهوس.

المرض ثنائي القطب لدى الأطفال

ينظر إلى المرض ثنائي القطب (الاضطراب الاكتئابي الهوسي) عادة على أنه حالة مقتصرة على البالغين. ولكن الواقع أنه يمكن إرجاع بداية المرض إلى الطفولة في كثير من الحالات. ونصف البالغين الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب أصيبوا بنوبتهم الأولى قبل السابعة عشر. حوالي ٢٠٪ منهم أصيبوا بنوبتهم الأولى بين العاشرة والرابعة عشر، و ١٠٪ منهم أصيبوا بنوبتهم الأولى بين الخامسة والتاسعة.

تقدر مؤسسة الاضطراب ثنائي القطب لدى الأطفال والمراهقين الأمريكية Child and Adolescent Bipolar Foundation أن أكثر من مليون طفل يعانون من الاضطراب ثنائي القطب في الولايات المتحدة. التأثيرات الوراثية تلعب دوراً كبيراً في ذلك. فحوالي ٨٠٪ من الأطفال الذين يعانون من المرض ثنائي القطب لديهم تاريخ عائلي من الاضطراب ثنائي القطب، أو كان أحد أبويهم أو كلاهما مصاباً باكتئاب سريري خطير أو كان مدمن خمر.

يظهر الأطفال المصابون باضطراب ثنائي القطب مشكلات في السلوك تتجاوز الاكتئاب العادي. وكثير منها يمكن تفسيره بسهولة من النظرة الأولى؛ حيث إنها مبالغات لأنماط سلوكية شائعة تماماً. فضلاً عن ذلك، فإنه يجب النظر إليها في مجملها لا كملاحظات منعزلة. تأمل قلق الانفصال. عدد لا يحصى من الأطفال يبدون قلقين بشأن ترك البيت للالتحاق بالمدرسة، أو يشعرون بالحنين إلى البيت لمدة أسبوع عندما يخرجون للتخييم لأول مرة. ولكن إذا صاروا منزعجين بدرجة خطيرة كلما تركتهم أمهاتهم في البيت، ولا يستطيعون التغلب على مخاوف البعد عن البيت،

فربما كانت تلك إشارة تحذيرية من شيء ما، رغم أن هذا وحده لا يشير بالضرورة إلى وجود اضطراب ثنائي القطب. أضف إلى هذه الصورة سرعة الانفعال؛ ونوبات الغضب والسخط التي تدوم ساعات كلما قيل للطفل "لا"؛ والتململ والنشاط المفرط اللذين يتناوبان مع فترات من الكسل؛ وسرعة تشتت الانتباه والسلوكيات المتهورة والمجازفة؛ وتدني تقدير الذات وتجنب رفاق اللعب بسبب الخوف من التفاعلات الاجتماعية؛ والسذاجة والحماقة، وأفكار العظمة التي تتناوب مع فترات من الاكتئاب والعزلة، وحينئذ يجب أن تفكر بجدية في الاضطراب ثنائي القطب. العلامات الأخرى الأقل شيوعاً تشمل التبول اللاإرادي وخصوصاً لدى الصبية؛ والفزع في الليل؛ وصعوبات التعلم، وضعف الذاكرة قصيرة الأجل، وقلة التنظيم، والسلوك المخادع، والكذب. وهناك علامات أقل شيوعاً من هذا أيضاً، ولكن مشتبه فيها، وهي الوحشية مع الحيوانات وتعذيب الذات.

الطفل الذي يصاب باضطراب ثنائي القطب يصعب حقاً على والديه السيطرة عليه. تأمل حالة نيكي كيندال. في لحظة، تجده فتى مبتسماً ولطيفاً، وفي اللحظة التالية، تجده هائجاً ويصيح في غضب لنصف ساعة. كثيراً ما يكون عنيداً، وأحياناً يكون سلبياً، فيرفض فعل ما يطلبه منه أبواه. كما شكا المعلمون من سلوكه العدواني منذ أن كان في روضة الأطفال، ولكنه يحصل دائماً على درجات ممتازة، ويفترض أبواه مخطئين أن مشكلاته ناتجة عن شدة ذكائه. وهو فيما يبدو لا يفوت أي فرصة لإحراج أسرته، ولا يعرف معنى الاعتذار. وأخيراً، وبعد أن أصابه اليأس، أصر معلمه على استشارة طبيب نفسي. وبعد تقييم دقيق، وصف الطبيب لنيكي ديفالبرويكس (ديباكوت) -وهو الدواء المفضل حالياً للاضطراب ثنائي القطب لدى الأطفال والبالغين على حد سواء- مما أسفر عن تحسن ملحوظ في حالته.

مضادات الاكتئاب ومنظمات المزاج

بالنسبة لكثير من الأطفال الذين لا يعانون من الاكتئاب ثنائي القطب ولكن يعانون من اكتئاب شديد أو اكتئاب مستمر، هناك حتماً مجال لاستخدام مضادات الاكتئاب إلى جانب العلاج النفسي الفردي والأسري. إلا أن استخدامها مع الأطفال مازال مثار جدل كبير؛ فهي لم تخضع للدراسة الدقيقة الواسعة -التي كنا نتمناها-

على الأطفال، ويرجع هذا جزئياً إلى الاعتبارات الأخلاقية. وحتى الآن، اعتمدت هيئة الأغذية والأدوية الأمريكية ثلاثة عقاقير لعلاج اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال: كلوميبرامين (أنافرانيل) للأطفال فوق ١٠ سنوات، وفلوفوكسامين (لوفوكس) للأطفال فوق ٨ سنوات، وسيرترالين (زولوفت) للأطفال فوق ٦ سنوات. كما تم اعتماد دوكسيبين (سينيكوان) كمضاد للاكتئاب للأطفال فوق ١٢ سنة، وإيميبرامين (توفرانيل) لعلاج التبول اللاإرادي لدى الأطفال فوق ٦ سنوات.

إذا كان الطفل مصاباً باكتئاب ثنائي القطب، فإن استخدام الأدوية يكون أكثر إلحاحاً، بسبب الدور الرئيسي الذي تلعبه الأسباب البيولوجية والوراثية. ومن المضاعفات الخطيرة للفشل في تشخيص وعلاج هؤلاء الأطفال بسرعة وفعالية حرمان الطفل من فرصة النمو في التعليم والعلاقات الشخصية. كما أنه ينطوي على مخاطرة أكبر بكثير تتمثل في الفشل في المدرسة، وتعاطي المخدرات، والانتحار. ومن بين مجموعة العقاقير المسماة منظمات المزاج في الاضطراب ثنائي القطب، تم اعتماد اثنين للسيطرة على نوبات الطفولة وهما كاربامازيبين (تاجريتول) للأطفال في أي سن، وديفالبرويكس (ديباكوت) للأطفال فوق سن سنتين. أما الليثيوم فقد تم اعتماده لتنظيم مزاج الأطفال فوق ١٢ سنة. وتدل موافقة هيئة الأغذية والأدوية ضمناً على أن هذه العقاقير تم اختبارها بدرجة كافية للتأكد من فعاليتها وآثارها الجانبية في الفئة العمرية المذكورة.

كل طفل مكتئب متفرد، بطريقته الخاصة. وقد بات النمو في الدول الغربية -بطريقة أو بأخرى- أسهل مما كان عليه منذ مائة عام؛ وأعني النمو البدني. أما النمو النفسي فربما بمثل صعوبته السابقة إن لم يكن أصعب؛ فالبيوت التي تضم أبوين والعائلات السوية السعيدة تزداد ندرة. ويصعب أحياناً أن نعرف ما إذا كان الاعتداء البدني والجنسي على الأطفال الآن أكثر انتشاراً أم أنه أكثر ظهوراً فحسب. وقد فشلت كثير من المدارس في رسالتها، ليس فقط في التعليم ولكن أيضاً في تشجيع تنمية الشخصية والمهارات والقيم الضرورية للتعامل مع تحديات الحياة. وكثير من الآباء أهملوا دور الروحانيات، التي كانت ذات يوم مرشداً لإثراء أرواح أجيال أخرى.

الأطفال هم مستقبل الإنسانية، وفي أحوال كثيرة جداً يستحقون أكثر بكثير مما ينالون.

الفصل ٢٠

الاكتئاب عقب الأحداث المدمرة: اضطراب توتر ما بعد الصدمة

يمكن للأحداث الصادمة -مثل الزلازل، والفيضانات، وحوادث السيارات والطائرات، والحروب، والأعمال الإرهابية- أن تثير بسهولة نوبات من الاكتئاب. ويكون هذا صحيحاً بصفة خاصة إذا كانت هذه الأحداث شديدة جداً أو استمرت لفترة طويلة مما يعرض الناس كثيراً لمصاعب خطيرة تهدد الحياة ولا مفر منها فيما يبدو. ومن المتوقع أن يشعر الناجون بالارتياح والامتنان على النعمة عاقدين العزم على سرعة نسيان التجربة بأكملها وإلقائها وراء ظهورهم. على الأقل هذا ما تلقنه فلسفة ضبط المشاعر.

هذا أبعد ما يكون عن الحقيقة بالتأكيد. فالصدمات الشخصية الرهيبة في الطفولة مثل الاعتداء البدني والجنسي تترك آثاراً لا تمحى تماماً كما هي الحال مع تجارب القتال بالنسبة لكثير من الجنود في الجبهة. في الماضي، لم يكن يُعترف غالباً

بالنوبات الاكتئابية الحادة، ولم يكن يتم فهمها أو التعامل معها بفعالية؛ فكانت تغور تحت السطح وتصبح مزمنة وتمارس تأثيراً مدمراً على الحياة الذهنية، والعاطفية، والشخصية للمتأثرين بها. قال أحد المرضى لمعالجه: "أبي رجل سريع الهياج. يمكن أن يفقد أعصابه عند أدنى استفزاز. وأنا في طور النشأة، كنت أرتعب منه. لم يكن يضربني أبداً أو أي شيء من هذا القبيل، ولكن طريقة نظرته إلى الأطفال عندما كان يغضب كانت تكفي لجعل القشعريرة تسري في أبداننا. لم يكن ينعم بنوم جيد أبداً. كنا نسمعه يمشي في المنزل جيئة وذهاباً كل ليلة. كانت أمي تصرخ فيه ليصعد إلى الطابق العلوي ويأوي إلى فراشه، ولكن ذلك لم يكن يفلح كثيراً. وعندما بلغ الحادية والستين، أصيب بأول نوبة قلبية -وأصيب بنوبتين أخريين منذ ذلك الحين- واضطر للتوقف عن العمل. لحسن الحظ أنه كان بخيلاً معظم حياته وادخر ما يكفي للانتقال إلى شقة اشتراها في فلوريدا. زوجتي لا تنسجم معه مطلقاً. إنها ترفض زيارته، أو حتى السماح للأطفال بزيارته".

علق المعالج قائلاً: "أبوك كبير بما يكفي لأن يكون قد شارك في الحرب العالمية الثانية".

أجاب المريض: "كان في مشاة البحرية. كان في أوكيناوا، وأيو جيما. لديه درج مليء بالميداليات".

قال المعالج: "إذن ربما كان يعاني من اكتئاب طويل المدى... أقصد اضطراب توتر ما بعد الصدمة... وهو ما كان يسمى 'إرهاق المعارك'، وقبل ذلك 'صدمة القنابل'. ربما لو علمت زوجتك بهذا لأمكنها أن تبدي تسامحاً أكثر مع مزاجه سريع الغضب. من المؤسف أن العلاجات المتاحة اليوم لم تكن متاحة في ذلك الوقت".

اضطراب توتر ما بعد الصدمة

كان ذلك في عام ١٩٩٢. لم ينعم د. وارين ثورب -البالغ من العمر ٤٤ عاماً، المتزوج صاحب الولدين، والناجح جداً في مهنته كطبيب عيون- بنوم جيد منذ شهور. كان يظل يتقلب في فراشه معظم الليل، ويكون محظوظاً لو حظي بالنوم لثلاث ساعات في الإجمالي. فقد شهيته للطعام، وفقد معها حوالي عشرة أرطال من وزنه. كان يشعر أنه متعب بشدة لدرجة أنه لا يستطيع الذهاب إلى الصالة الرياضية لممارسة

التمرينات. في المنزل، كان جافاً وسريع الغضب مع زوجته لوري. توقف عن الذهاب إلى مباريات كرة القدم التي يشارك فيها ابنه مارتن وعن مساعدة ابنته هيلين في حل واجباتها المنزلية. وكثيراً ما كان يشعر بقلق غريب أثناء قيادة سيارته في الصباح في طريقه إلى العمل. كان نبضه يتسارع وقلبه يخفق بقوة لبضع دقائق كل مرة. وفي غضون أربعة أسابيع، اضطر عدة مرات لتأجيل عملية جراحية أو لإحالة مرضاه إلى أحد مساعديه. كان د. ثورب ينهار. ازداد يأسه وازداد معه إحساسه بالعجز والتشوش. كان هناك خطب ما، وكان يعرف ذلك. ولكن لم تكن لديه أدنى فكرة عن طبيعة هذا الخطب وسببه.

خضع لفحص بدني شامل لم يكشف عن أي شيء. اقترح طبيبه استشارة طبيب نفسي. في وقت آخر، كان وارين سيعتبر هذه التوصية سخيفة. كان يذكر الطب النفسي من أيام دراسته للطب، وحينها كان يعتبره كلاماً فارغاً خادعاً. ولكن الآن، شعر أنه ليس أمامه خيار آخر.

مع استعراض الطبيب النفسي لتاريخ وارين بعناية، اكتشف أنه كانت هناك أوقات أخرى شعر فيها بنوبات قلق، ربما ليس بنفس الشدة، ولكنها ملحوظة بما يكفي. كان وارين يتجاهل هذه المشاعر ويستمر في حياته. وفي النهاية، كانت تختفي.

سأل الطبيب النفسي: "متى كانت أول مرة انتابك فيها هذا الشعور بالرهبة؟".

فكر وارين في السؤال، وأجاب: "في كلية الطب. في السنة النهائية. كنت قلقاً بشأن المكان الذي سأقضي فيه سنة الامتياز، والاختيارِ بين أن أكون طبيب أسرة أو طبيباً متخصصاً، وبين مختلف التخصصات لو قررت أن أكون متخصصاً. واجهت كثيراً من المتاعب في التركيز. وبعد أن كنت ممن يحصلون على تقدير ممتاز، تراجعت في تلك السنة إلى منتصف الدفعة. كنت أواجه بعض المتاعب في حياتي الشخصية أيضاً... كانت هناك فتاة أواعدها قطعت العلاقة بيننا، وقد أزعجني هذا بشدة".

سأل الطبيب: "هل سبق لك أبداً أن تعرضت لحدث صادم خطير؟".

رد وارين: "مثل ماذا؟".

"حدث صادم خطير، حدث هدد حياتك... أو رؤية شخص يقتل...".

هز وارين كتفيه وقال: "كنت في البحرية خلال حرب فيتنام، ولكنني لم أرَ

عمليات ولا حوادث"، ثم ابتسم في سخرية وهو يقول: "كنت أخشى أن أقتل".

رد الطبيب: "أخبرني عن ذلك".

قال وارين: "كنا في الربيع في نهاية سنتي الثالثة بكلية الطب، وكنت في محل بالمدينة لشراء بعض المشروبات لأخذها معي إلى عشاء مع بعض الأصدقاء. كنت في خلفية المحل، وراء كومة من الصناديق. لم يكن أحد يستطيع رؤيتي من مقدمة المحل أو من عند الطاولة حيث كان يقف صاحب المحل. فجأة سمعت أصواتاً عالية ورنين ماكينة النقد، ثم صوت طلقتي مسدس، ومزيداً من الصراخ، ثم صوت باب يغلق بعنف. انتظرت -لأربع أو خمس دقائق تقريباً ولكنها مرت كساعة- وعندما لم أسمع أي شيء آخر، أمعنت النظر من مخبئي فلم أرَ أحداً. خرجت ومشيت ببطء إلى الطاولة ونظرت من فوقها فوجدت صاحب المحل -وهو فتى صيني- ممدداً على الأرض والدماء تتدفق من صدره. شعرت بالرعب، ولكني تمالكت نفسي واتصلت بالشرطة لإرسال سيارة إسعاف".

علق الطبيب قائلاً: "التوقيت مناسب".

سأل وارين: "مناسب لماذا؟".

"حدث هذا قبل أن تظهر لديك أعراض القلق مباشرة".

"هل تعني أن لهذا علاقة بما حدث في سنتي النهائية؟ لا أظن ذلك. لم أكن أنا من تعرض لإطلاق النار. وبالمناسبة، لقد شفي صاحب المحل. أضف إلى ذلك أنني كنت على وشك أن أكون طبيباً وكنت معتاداً على منظر الدم".

رد الطبيب: "ولكنك لم تكن معتاداً على احتمال التعرض للقتل".

أجاب وارين: "لم يرني القتلة".

قال الطبيب: "لابد أن الفكرة جالت بذهنك".

أطرق وارين مفكراً.

سأل الطبيب: "وماذا عن بعد ذلك؟ هل انتابك أي قلق فيما بعد؟".

رد وارين: "بالطبع. حلمت بالحادث بضع مرات، وفي حلمين اكتشفوا وجودي وكانوا على وشك إطلاق النار عليّ. كنت أصاب بالعصبية كلما ذهبت إلى أحد المحلات، لذا تجنبتها قدر المستطاع. ولكن الأمور استقرت في غضون بضعة أشهر".

قال الطبيب: "تقول إنك انفصلت عن فتاة في الخريف التالي. كيف حدث ذلك؟".

"لا أدري. لقد اتهمتني بأنني صرت بارداً وجافاً؛ أنني لم أعد الفتى الذي كانت تعرفه. ربما كانت محقة. لقد كنت أواجه متاعب في دروسي وشعرت أنني بطريقة أو بأخرى...". توقف وارين بحثاً عن كلمة مناسبة ثم أردف: "...بطريقة أو بأخرى بليد الإحساس، وكأن الأشياء التي كانت تهمني لم تعد تهمني بنفس القدر".

مع تواصل الحوار، تأكد الطبيب أن وارين مازال ينتابه إحساس بالانفصال عن الآخرين، ويجد صعوبة في التعبير عن العاطفة والحب. كثيراً ما كان يظهر توتراً وعصبية. يقول: "لا أستطيع ترك أي شيء يمر فحسب. على مدار سنوات بعد الامتياز، كنت أثب كلما دق جرس الهاتف". اعترف وارين بأنه يفقد أعصابه بسهولة بسبب أشياء تافهة نسبياً. ورغم أن يقظته المفرطة آتت ثمارها في أدائه لعمله في غرفة العمليات، فإنها صارت عائقاً مؤكداً في طريق علاقاته الشخصية. قال معلقاً: "أتأثر بأي إهمال أو تجاهل. وقد شعرت بالغيرة من زوجتي في بعض الأحيان".

سأل الطبيب: "وهل أصابك الاكتئاب من قبل؟".

"نعم. أحياناً".

قال الطبيب بهدوء: "أظن أنك تعاني من الاكتئاب الآن، ولكنه إحدى صور اضطراب توتر ما بعد الصدمة".

"اضطراب توتر ما بعد الصدمة؟ كنت أظن أن ذلك ما يصيب المقاتل على خط النار".

رد الطبيب: "اضطراب توتر ما بعد الصدمة يمكن أن ينشأ عن أي حدث يهددك تهديداً خطيراً... وهو في حالتك حادث إطلاق النار".

"ولكن هذا شيء حدث منذ قرابة عشرين عاماً".

"إنه يبدأ في وقت ما. أحياناً تتوقف الاستجابة. وفي معظم الحالات تصبح مزمنة. الأمر المثير للاهتمام هو مدى النجاح الذي حققته برغم هذا".

"وأنا الذي كنت أظن أنني أدخل في أزمة منتصف العمر".

"ربما ذلك أيضاً. في جلساتنا التالية، سنحاول اكتشاف العوامل التي أثارت هذه الجروح القديمة في هذا الوقت. والآن، أريد أن أعطيك مضاداً للاكتئاب هو سيرترالين (زولوفت). إنه أحد مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، ويزيد مقدار السيروتونين عند نقاط الاشتباك العصبي. هذه العقاقير كما تعلم ثبتت

فعاليتها في علاج الاكتئاب، وقد استخدمتها في مواقف تشخيصية أخرى منها اضطراب توتر ما بعد الصدمة وحققت نتائج طيبة. ربما يجرون عليها اختبارات يوماً ما ويعتمدونها لهذا الغرض أيضاً".

قال وارين ضاحكاً: "أتصف لي دواءً غير مقنّن أيها الطبيب؟"، وهي عبارة قصد بها تذكيره أن كليهما طبيب.

نتج عن الاستخدام المنتظم للسيرترالين ومواصلة العلاج النفسي تحسن ملحوظ في حالة وارين في غضون بضعة أشهر. ونصحه الطبيب بمواصلة العلاج لتحسين علاقاته الشخصية وقدراته العامة على التعامل، وأوصاه أيضاً بالتخطيط لاستعمال السيرترالين إلى أجل غير مسمى، أو على الأقل حتى تحدث بعض التغيرات الجذرية بداخله.

الاكتئاب واضطراب توتر ما بعد الصدمة

ما علاقة اضطراب ما بعد الصدمة بالاكتئاب العادي أو الاكتئاب السريري؟ في الدليل التشخيصي، يعتبر هذا تشخيصاً مختلفاً ويصنف كاضطراب يتعلق بالقلق له خصائصه المميزة. ولكن استعراضاً للقائمة الطويلة للعلامات والأعراض التي تمثل جزءاً من تشخيص اضطراب توتر ما بعد الصدمة يكشف فوراً عن تشابه شديد بينها وبين علامات وأعراض الاكتئاب السريري. فضلاً عن أن الاكتئاب نفسه، علاوة على الشعور بالذنب، والتفكير الاستحواذي، وخلل الوظائف الجنسية، شائع لدى المصابين بأي من التشخيصين أو كليهما. وكذلك الحال مع الاستجابات السنوية، والشعور بالغربة، والنقص الملحوظ في الاهتمامات والمشاركة في الأنشطة التي كانت ذات يوم مصادر مهمة للإشباع، علاوة على العجز واليأس من المستقبل.

ولكي يتأهل المرء لتشخيص معين من تشخيصات اضطراب توتر ما بعد الصدمة لابد أن يكون سبق له التعرض لحدث صادم قاسٍ أو شاهد أو واجه موقفاً يتضمن الموت الفعلي، أو التهديد بالموت، أو إصابة خطيرة للمرء نفسه أو للآخرين. ويجب أن تتكون الاستجابة الانفعالية من خوف شديد وعجز ورعب أو أي منها. وأي شخص نجا من هجمات ١١ سبتمبر ٢٠٠١ على مركز التجارة العالمي في نيويورك أو حتى شاهدها على الطبيعة يستوفي هذه المتطلبات بسهولة.

ولكن هناك المزيد. يجب معاودة المرور بتفاصيل الحدث الصادم بشكل متواصل أو متكرر دورياً بواحدة أو أكثر من الطرق التالية:

- أحلام أو ذكريات متكررة ومتطفلة ومزعجة للحدث.
- التصرف أو الشعور كما لو أن الحدث الصادم يتكرر، مثل إحساس بمعايشته من جديد أو تذكر تجاربه.
- ألم نفسي شديد أو تفاعل نفسي أو كلاهما عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية تشبه أو ترمز لأحد جوانب الحدث الصادم.

ويجب أن تكون هناك أيضاً دلائل على التجنب المتواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة وتبلد للإحساس العام لم يكن موجوداً قبل الصدمة، على النحو الذي يتبين من ثلاثة أو أكثر من العناصر التالية:

- محاولات لتجنب الأفكار، أو المشاعر، أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.
- محاولات لتجنب الأنشطة، أو الأماكن، أو الأشخاص الذين يثيرون ذكريات الصدمة.
- العجز عن تذكر جانب مهم من جوانب الصدمة.
- نقص ملحوظ في الاهتمام أو المشاركة في الأنشطة المهمة.
- إحساس بالانفصال أو النفور من الآخرين.
- نطاق عاطفي محدود (مثال: عدم القدرة على الإحساس بمشاعر الحب وإظهارها).
- إحساس بمستقبل قصير الأجل (كألا يتوقع المرء أن تكون لديه مهنة، أو زوجة، أو أطفال، أو حياة طبيعية).

وأخيراً، لابد من وجود دلائل على زيادة في الإثارة، كما يتضح في صعوبة الاستغراق في النوم أو الاستمرار فيه، أو سرعة الهياج أو نوبات الغضب، أو مشكلات التركيز، أو الحذر المفرط، أو المبالغة في استجابات الفزع.

من المعرضون للخطر؟

عندما تكون الأحداث الخطيرة مروعة فعلاً، يمكن للجميع تقريباً أن يكونوا عرضة لخطر الإصابة باضطراب توتر ما بعد الصدمة، ولكن ليس كل من يتعرض

لموقف ينطوي على تهديد خطير يصاب باضطراب توتر ما بعد الصدمة. كلما كان التهديد مباشراً وشديداً -مثل حال من كان فعلاً داخل مركز التجارة العالمي عندما اصطدمت به الطائرات ونجا، أو إذا كان صحفياً يغطي الحرب في أفغانستان مسافراً مع مجموعة من أفراد الجيش عندما يقعون فجأة في كمين نصبته طالبان- كان الخطر أعظم بكثير مما لو شوهد أي من هذين الحدثين من على مسافة ما. والحقيقة أنه كلما بعدت المسافة، قل الخطر. علاوة على ذلك، فإن عدداً من الأفراد الذين يظهرون مستوى مرتفعاً من المرونة ربما يتحملون أسوأ الصدمات بنجاح ويتعافون من الأثر الانفعالي والبدني في غضون أسابيع. مثل هؤلاء الناس قد يظهرون ما يسمى باضطراب الضغط الحاد، والذي لا ينبئ بذاته ما إذا كانوا سيواصلون طريقهم للإصابة باضطراب توتر حقيقي بعد الصدمة أم لا.

لماذا بعض الناس أكثر عرضة للخطر من غيرهم؟ أحد العوامل يتمثل في الافتقار إلى قدر كافٍ من المرونة النفسية، والبيولوجية، والبيئية أو أي منها، وهو قاسم مشترك بين كافة العوامل الأخرى. والأشخاص الذين لديهم تاريخ من الاكتئاب السريري الذي ربما لم يتم علاجه كما ينبغي عرضة لخطر أكبر. وكذلك الرجال والنساء الذين لديهم تاريخ عائلي من القلق. كما ثبت أن أحداثاً حياتية معينة تزيد المخاطرة، بما في ذلك تاريخ من الاعتداء البدني أو الجنسي، والانفصال المبكر عن الأبوين، والنشأة في أسرة غير سوية، ومشكلات تعاطي الكحوليات والمخدرات. ولكن عندما تكون الأحداث الخطيرة مروعة فعلاً، يمكن اعتبار الجميع تقريباً عرضة للخطر.

أوجه الشبه بين علاج اضطراب توتر ما بعد الصدمة وعلاج الاكتئاب

التشابه مع الاكتئاب السريري لا يقتصر على أعراض اضطراب توتر ما بعد الصدمة. والتفريق بين النوعين الحاد والمزمن لهذا الاضطراب يشبه في جوانب كثيرة جداً منه التفريق بين الاكتئاب الحاد والمزمن. وكما يرتفع معدل حدوث الاكتئاب السريري في أسر المرضى المصابين باكتئاب مزمن، كذلك يرتفع معدل حدوث اضطرابات القلق لدى أسر مرضى اضطراب توتر ما بعد الصدمة. ويؤكد كلا هذين الوضعين وجود عوامل وراثية ربما تسهم في وجود قابلية للمرض. والأكثر ملاءمة هو

أن السبب ربما يكمن في ضعف المرونة البيولوجية. وثمة دليل على هذا التشابه نجده في مفعول العقاقير المثبطة لاسترداد السيروتونين مثل سيرترالين، وهو العقار الذي وصفه الطبيب لوارين ثورب عام ١٩٩٢، والذي أثبت فعاليته منذ ذلك الحين في علاج اضطراب توتر ما بعد الصدمة كما في علاج الاكتئاب. والحقيقة أن هذه العقاقير تبين أن لها مفعولاً في مواقف طبية نفسية أخرى، كما في المرضى الذين شخصت حالاتهم على أنها رهاب اجتماعي والذين يتجنبون باستمرار المواقف الاجتماعية (بزعم الخوف من الإحراج)، وحيثما كان هناك معدل كبير لحدوث اضطرابات القلق في الأسرة. *من منظور الأعراض، تبدو هذه الحالات مختلفة، ولكن إذا كانت نفس العقاقير تخفف كلاً منها، فلابد أن هناك تشابهاً بينها أكثر مما نراه.*

والطرق العلاجية النفسية التي تم "اختبارها" للحالات الثلاث متشابهة كذلك -وهي العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الشخصي- رغم أن هذه يمكن تعديلها حسب الحالة السريرية. مثلاً، في الشخص المصاب بالاكتئاب، ربما ينصب التركيز على التعرف على مفاهيم الذات السلبية واستبدالها بمفاهيم إيجابية، في حين أنه في اضطراب توتر ما بعد الصدمة والرهاب الاجتماعي، ربما ينصب التركيز على التعريض المستمر وإزالة الحساسية تجاه الأفكار والمواقف المسببة للقلق.

تشتمل إدارة الاستجابات المباشرة للأحداث الكارثية إلى حد كبير على التدخل من قبل متخصصين مدربين في إدارة الأزمات يكونون على أتم استعداد للإصغاء لمن تعرضوا للصدمة والتعاطف معهم وطمأنتهم. إن مشاركة العواطف مع إنسان آخر يمكن أن يقطع شوطاً كبيراً نحو تخفيف مشاعر الخوف والغضب والذهول التي تغمر كثيرين جداً من ضحايا الكوارث وعمال الإنقاذ والمراقبين. وربما يقطع هذا شوطاً طويلاً في اتجاه منع أو تحسين اضطراب توتر ما بعد الصدمة.

كما أن هناك أساليب أخرى للعلاج يجب أن تتم بعد الأحداث المأسوية. فعندما عرض مستشارو الأزمات خدماتهم على المراهقين والمراهقات الذين شاهدوا زملاءهم يقتلون وعلموا أن حياتهم كانت معرضة للخطر خلال حادث إطلاق النار في المدرسة الثانوية في ليتلتون بولاية كولورادو، رفض كثير منهم، مفضلين الحديث بدلاً من ذلك مع رجال الدين في مناطق سكنهم. كانوا يأملون في أن يجدوا، إلى جانب المواساة العاطفية، طريقة لاستخراج معنى روحي من الحدث المشئوم.

الفصل ٢١

الروحانية والاكتئاب

الدين والطب النفسي

تقليدياً، ظل الأطباء النفسيون في العالم الغربي يتجاهلون أهمية الحياة الدينية والروحية للمرضى أثناء تعاملهم معهم. لقد ظلوا الورثة الحقيقيين لإرث "سيجموند فرويد" الذي كانت له أفكار متطرفة فيما يتعلق بتفسير الدين وعلاقته بالنفس البشرية. ورغم أن كارل يونج كان واحداً من أوائل الأطباء النفسيين الذين اختلفوا مع أفكار فرويد المتطرفة، فإن تأثيره ظل محجوباً بتأثير فرويد لعقود.

ومن الواضح أن كثيراً من المعالجين ومرضاهم كانوا يرون العالم والسلوك الإنساني بطريقتين مختلفتين تماماً؛ وحتى إذا كان موضوع العقيدة الدينية لم يُطرق أبداً، فإن هذا الاختلاف لابد أنه أثّر على علاقة الطبيب بالمريض وعلى علاجه له بطرق غير ملحوظة ولكن ذات مغزى.

ولكن الصورة بدأت تتغير خلال العقد الماضي. فقد برزت أخيراً أهمية المعتقدات والخبرات الروحية بالنسبة لمسائل الصحة بشكل عام وللتغلب على

المشكلات العاطفية بوجه خاص. كما نشرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association مجموعة من الإرشادات توضح للأطباء فائدة جمع المعلومات حول "التوجهات والمعتقدات الدينية أو الأيديولوجية للمرضى لديهم كي يتمكنوا من منحهم العناية المناسبة أثناء العلاج". وهي في الوقت نفسه تحذر الأطباء تحذيراً حكيماً من "فرض أجندة دينية، أو معادية للدين، أو أيديولوجية معينة على أي مريض".

وقد أنشأت كثير من كليات الطب بمساعدة مالية من مؤسسة جون تمبلتون برامج لتعليم الطلاب تقدير وتقييم الدور الذي يمكن أن يلعبه الإيمان في حياة المرضى. وكان الراحل د. "ديفيد بي. لارسون" رائداً في هذا المجال. فمن بين إسهاماته الكثيرة تطويره هو وزملاؤه مجموعة من الأسئلة البسيطة المباشرة المصممة للأخصائيين الذين يستفسرون عن المواقف الدينية للمرضى. وينبغي أن يجري الأطباء هذا التقييم -أو واحداً مثله- باستمرار.

١. هل تؤمن بالله؟

٢. ما الذي يعنيه لك إيمانك بالله؟

٣. أي الديانات تعتنق؟

٤. هل تؤدي حالياً شعائر دينك، وإن كنت كذلك، فهل تؤديها بانتظام؟

٥. ما مدى أهمية الدين أو الروحانيات بالنسبة لك؟

٦. أي دين كانت أسرتك تعتنق وأنت في طور النشأة؟

٧. كيف شكل الدين أو الروحانيات حياتك؟

٨. هل تغيرت معتقداتك الدينية أو الروحية على مر الوقت، وإن كانت تغيرت، فكيف؟

٩. هل ساعدك تدينك أو روحانياتك، وإن كانت ساعدتك، فكيف؟

١٠. هل ضَرّك تدينك أو روحانيتك على أي نحو، وإن كان ضرك، فكيف؟

دراسات الإيمان/الروحانية والاكتئاب

مع الاعتراف بأن للإيمان والروحانية صلة بالصحة العقلية والبدنية، بدأ الأطباء السريريون يبحثون بنشاط كنه بعض هذه الصلات، خاصة بالنظر إلى أثر التدين على خبرة الاكتئاب. وتفيد كثير من الدراسات بوجود علاقة ارتباط شديدة الإيجابية بين التدين وارتفاع درجة السعادة، والرضا عن الحياة، والمعنويات. وإذا وضعنا في اعتبارنا الفارق بين الاكتئاب والاكتئاب السريري -حيث إن الاكتئاب الطبيعي نفسه ليس مرضاً، ولكنه يصبح مرضاً عندما لا يقدر المرء على الشعور به مباشرة، وعلى وضعه في حدود مناسبة والتعافي منه في فترة زمنية معقولة- فإن الأشخاص الذين ليست لهم انتماءات دينية يبدون أكثر عرضة للاكتئاب السريري من أصحاب الانتماءات الدينية، وهي نتيجة أكثر وضوحاً بين الأمريكيين من أصل أفريقي. وتشير الدراسات إلى أن الأشخاص الأكثر نشاطاً دينياً يظهرون أعراضاً اكتئابية أقل؛ فعدم وجود نشاط ديني منظم يزيد من احتمالات الشعور باكتئاب سريري خطير بنسبة ٢٠-٦٠٪.

يرتبط الانخراط في نشاط ديني ارتباطاً عكسياً بالتفكير والسلوك الانتحاريين، وربما يكون لهذا صلة بالاعتراضات الأخلاقية والدينية على الانتحار، وبكون الإيمان

مصدراً للأمل وتقدير الذات والدعم الاجتماعي. وكما قال رجل في الحادية والأربعين كان قد دخل المستشفى في حالة من الذعر والاكتئاب الشديدين: "أول أسبوع لي هناك كنت تحت ملاحظة مستمرة حيث كلفوا معاوناً بمراقبتي طوال الوقت حتى وأنا نائم خشية أن أفعل بنفسي شيئاً. لقد فكرت فعلاً في الانتحار. كان الدافع أحياناً قوياً للغاية، ولكني سأظل أتذكر دائماً ذلك اليوم الذي كنت أغتسل فيه بالدشّ وأشعر بالماء يجري على جسدي بأكمله، حين أحسست بحقيقتين. كان جزء مني يشعر باليأس المطبق... لا معنى للاستمرار في الحياة. ولكن بنفس القوة، كان جزء آخر مني يشعر بأنني أشارك في شيء روحاني وشامل، وأنني عندما يزول هذا الكرب سأكون بطريقة أو بأخرى إنساناً أفضل نتيجة لذلك. لم يعد قتلي لنفسي خياراً متاحاً منذ ذلك الوقت. ولأول مرة، شعرت ببارقة أمل حقيقي".

ارتفاع مستويات الأمل والتفاؤل، والاستعداد للعفو، والتحرر بدرجة أكبر من العداوة والبغضاء تتيح لكثير من المتدينين الاستمتاع بصحة أفضل. وتظهر الدراسات أن المتدينين يتمتعون باستقرار أكبر في الزواج، ويقل بينهم معدل تعاطي المخدرات والكحوليات، والجنوح والنشاط الإجرامي، ويعانون من قلق أقل، ويشعرون باحترام وتقدير أكبر للذات. كان (مايرون بلوك)، وهو تنفيذي تسويقي عمره ٣٩ عاماً، قد فقد وظيفته لتوه حينما توجه إلى طبيب الأسرة لإجراء فحص بدني. وبعد ذلك تحدث معه عن موقفه. قال: "حزين؟ بالتأكيد. ولكن لست يائساً، مطلقاً! لقد استغنوا عن خدمات كثير منا. كنا جميعا منزعجين. صديقي تشارلي كان شديد الانزعاج -ومازال كذلك- ويشعر أنه عديم القيمة، إنسان تافه. إنه مكتئب فعلاً، ويشعر بمهانة شديدة لدرجة أنه حتى لا يستطيع الخروج بحثاً عن وظيفة جديدة. ولكن الموقف لم يؤثر فيّ على هذا النحو؛ فإحساسي بالقيمة ينبع من شيء أعمق بكثير. وحتى عندما تسوء الأمور بشدة، عندما أكون قد ارتكبت بعض الأخطاء، فإن هذا لا يقضي على تقديري لذاتي. أنا هو أنا. الله خلقني ورزقني وسيكون معي في السراء والضراء. أنا مهم. نحن جميعاً مهمون. والباقي -المال،

والتعليم، والمكانة الاجتماعية، والوظيفة- أشياء مهمة أيضاً، ولكنها مجرد مظاهر. المهم هو الروح. لقد ظللت لسنوات أدعو لوالدي الراحلين كل يوم. إنني غير متفرغ للعبادة كما ينبغي، ولكنني أحافظ على الصلاة، وأطلب العون من الله، وهو يمدني به، في التوقيت الذي يراه وبالطريقة التي يراها، وعندما يمدني به، لا أنسى أبداً أن أحمده وأشكره".

هل ينبغي أن تفسَّر الدراسات التي تشير إلى قلة احتمالات إصابة المتدينين باكتئاب سريري على أنها تعني أن الإيمان الحقيقي يمكنه الوقاية من الإصابة بالاكتئاب، أو العكس، أن الإصابة بالاكتئاب تدل على نقص في الإيمان الحقيقي؟ إن الإيمان يخفف علامات الاكتئاب وأعراضه النفسية أو المعرفية، مثل مشاعر اليأس والضآلة، أو الوحدة، أو الانشغال بالأفكار السلبية.

تبلغ جوزيفين بوسكاني من العمر ٤٧ عاماً وكان قد مضى عشرون عاماً على زواجها من طوني، الذي توفي وعمره ٥٣ عاماً وفاة مفاجئة في يوم أحد بعد أن اشتكى يوم الأربعاء الذي سبقه من عسر هضم وإعياء. لم يكن ذلك طبيعياً بالنسبة لطوني، الذي كان ممتلئاً قوياً مفتول العضلات يميل إلى القصر. لم يسبق له أبداً أن تغيب عن عمله ككبير ميكانيكيين في "فولكس فاجن-أودي". ذهب يوم الخميس لاستشارة طبيب الأسرة فنصحه باستشارة أخصائي قلب، فحدد له هذا موعداً يوم الاثنين الذي يليه. وفي يوم السبت، جز عشب حديقته وقلم العديد من أشجارها. وعندما كان يغتسل في الحمام في صباح اليوم التالي، سمعت جوزيفين صوت ارتطام قوي، فهرعت إلى الحمام، وعندما وصلت، كان طوني مستلقياً على الأرض يلتقط أنفاسه بصعوبة. أسرعت إلى الهاتف وطلبت النجدة، وعندما عادت وجدته ميتاً.

لم تستطع جوزيفين البكاء في الجنازة ولا عندما خلت إلى نفسها في بيتها. مرت أيام لا تنعم فيها إلا بقليل من النوم، فنقص وزنها ١٥ رطلاً في أسبوع واحد. لم تكن تدري هل تحزن أم تغضب. كان كلاهما متديناً جداً. كان إيمانهما عميقاً وصادقاً. والآن أحست جوزيفين بالغضب والرفض. لقد أسرت لشقيقتها قائلة: "لا أستطيع

الصلاة. لقد أردنا دائماً أن ننجب، ولكننا لم نرزق بأطفال، وقبلنا ذلك واعتبرنا هذه مشيئة الرب. أفهذا ما يفترض أن أفعله الآن أيضاً؟ يصعب علي قبول موت طوني!".

مضت شهور عديدة على الحادث ووقت طويل على عودة جوزيفين إلى عملها كمديرة لسوبر ماركت محلي، ولكنها كانت تجاهد للتركيز وتضطر لبذل جهد حقيقي لمنع نفسها من الانفجار غاضبة في وجه موظفيها. لم تكن تنام جيداً، وبدأت تشعر بألم في الصدر والبطن عزاه طبيبها إلى أسباب نفسية-جسدية، وأوصاها باستشارة طبيب نفسي بشأنها. وأخيراً ذهبت إلى الطبيب النفسي فأخبرها أنها مكتئبة واقترح عليها بعض جلسات الحديث وتناول مضاد للاكتئاب. بعد مرور أربعة أسابيع وسبع زيارات منذ بدأت تتردد على الطبيب أحست أن العلاج يؤتي مفعوله فعلاً، ولم تشعر بالتحسن فحسب، بل أحست أنها مفعمة بالأمل. قالت للطبيب: "يمكنني أن أنجح. لن يكون الحال أبداً هو الحال بدون طوني، ولكن لي أسرة وأصدقاء"، ثم أردفت: "بل لي رب. على أي حال، أشعر الآن برغبة أكبر في الصلاة".

بدأت جوزيفين تؤدي الصلوات من جديد. وفي الذكرى الأولى لوفاة طوني، وعندما تحدثت إلى رجل الدين وأخبرته كيف كانت حالها عقب وفاة زوجها أومأ بحنان وطمأنها أن رد فعلها لم يكن شاذاً بأي حال، قائلاً: "الرب يعمل بطرق لا نعلمها. ربما لو لم يشتد عليك الاكتئاب لما استشرت طبيباً نفسياً ولما أخذت الدواء الذي ساعدك كثيراً كما هو واضح".

التدين الحقيقي في مقابل التدين الظاهري

في دراسة أعدها "برام"، و"بيكمان"، وديبيج"، وآخرون في عام ١٩٩٧، كان احتمال إصابة من قالوا إن الإيمان القوي "ليس مهماً" بالنسبة لهم باكتئاب سريري

أكبر ثلاث مرات من غيرهم. فإذا كانوا مكتئبين سريرياً بالفعل، كان احتمال بقائهم مكتئبين أكبر بست مرات. وهذا يتفق مع ملاحظات د. "هارولد جي. كوينيج" وزملائه بجامعة ديوك، الذين قيموا مجموعة من المكتئبين سريرياً كانوا يعانون أيضاً من اعتلالات طبية متنوعة، حيث وجدوا أنه كلما ارتفعت نقاط المرضى في اختبار يسمى *"مقياس هوج للتدين الحقيقي"*، تماثلوا للشفاء من أعراض الاكتئاب المعرفية والانفعالية على نحو أسرع. ولفهم هذه الملاحظات، يجب أن يتأمل المرء الفارق بين التدين الحقيقي والظاهري كما عرّفه في الأصل "جوردون دبليو. ألبورت"، و"جيه. إم. روس" في عام ١٩٦٧.

المتدين تديناً حقيقياً يدمج اعتقاداته في ذاته. إنه يعيش بها مهما كانت الضغوط الاجتماعية الخارجية، ومهما كانت العواقب (مع الوضع في الاعتبار أن أحداً لا يتصف بالكمال على الدوام). أما المتدين تديناً ظاهرياً فيستخدم الدين بطريقة نفعية لخدمة مصالحه، أو ليحظى بمكانة أو ينعم بأمن شخصي، أو لتبرير الذات، أو للتفاعلات الاجتماعية. في الأغلبية العظمى من الدراسات التي ذكرناها حتى الآن، التدين الحقيقي هو الذي يصنع الفارق. وهو ينعكس في الصلاة مع جماعة وفي الصلاة منفرداً. الشيء المهم أنه ينبع من القلب ويمثل إيماناً صادقاً بالله، وعلاقة المرء بربه التي تجمع بين تقدير المرء لقوته وقوة الرب. ومعدل الإصابة باكتئاب سريري بين من يرجون رحمة الله أقل كثيراً عنه بين من يعتبرون أنهم يستحقون عقابه. كما أن المعدل مرتفع بين من يشعرون بالعجز التام عن التأثير في الموقف الاكتئابي، معتقدين أن القوى الخارجية وحدها يمكنها المساعدة فيتضرعون إلى الله راجين تدخله مباشرة وفوراً.

الإيمان والصحة البدنية وطول العمر

يبدو الإيمان مفيداً لصحة المرء بشكل عام. ونحن كثيراً ما نرى أمراض القلب والأوعية الدموية بين المكتئبين. أما المصابون بإقفار تاجي، فالاكتئاب يفاقم الأثر،

ربما بسبب التغيرات في وظائف الصفائح الدموية والتغيرات في التوتر الذاتي. كما يرتبط الاكتئاب بارتفاع معدل الوفيات عقب الإصابة بذبحة قلبية حادة. أما المرضى الذين تكتب لهم النجاة منها فيكون تماثلهم للشفاء عملية أكثر تعقيداً. وتشير الدراسات إلى أن معدل الشفاء من الإجراءات الطبية والجراحية -بداية من إصلاح كسور مفصل الورك إلى جراحات المجاز التاجي- يكون أسرع بين المؤمنين. علاوة على ذلك، فإن من يخضعون لمثل هذه العلاجات تبدو احتمالات إصابتهم بمضاعفات خطيرة أو موتهم أقل.

تابع "دابليو. جيه. ستروبريدج" وزملاؤه مجموعة من الرجال والنساء على مدى ٢٨ عاماً وأفادوا في عام ١٩٩٧ أن الذين واظبوا على أداء الصلوات بانتظام أكثر كانت احتمالات موتهم أقل بنسبة ٢٥٪ أو أكثر من غير المنتظمين في الصلاة. بالنسبة للنساء، كانت الآثار المفيدة أقوى من الآثار التي يمكن أن تنتج عن الامتناع عن التدخين. وبالنسبة للرجال، كانت أقوى من آثار المواظبة على ممارسة التمارين الرياضية بانتظام. وفي دراسة أخرى، أفاد "آر. أيه. هامر" وزملاؤه أن أداء الصلوات بانتظام أكثر أطال عمر الرجال والنساء من العرق القوقازي ٧ سنوات في المتوسط، وأطال عمر الأمريكيين من أصل أفريقي ١٤ سنة.

على سبيل التفسير

حتى الآن نجد أن دراسة تلو أخرى تبرهن بقوة على أهمية الإيمان. هل توجد عوامل مشتركة بين المؤمنين والأصحاء من قبيل نظم أفضل للدعم الاجتماعي، أو حياة أكثر تنظيماً، أو آليات أفضل للتغلب على الضغط، أو جهاز مناعي أكثر كفاءة؟ لقد كان هناك اعتقاد عام بأن المعاناة جزء ضروري من النمو الروحي. ولكن هل هذا صحيح بالضرورة؟ إذا كان العلاج والأدوية تستخدم لتخفيف معاناة الاكتئاب، فهل يحرم بعض الناس أثناء سعيهم وراء الثراء الروحي من مثل هذه الفرصة عن طريق علاجهم بالأدوية وجعلهم يشعرون بالارتياح؟ ومن ناحية أخرى، هل التحرر من المعاناة يتيح اكتساب التبصر الروحي بصورة أسرع وأكثر عمقاً؟

ثمة نتيجة واضحة هنا هي أنه يجب اعتبار التدين مقوماً أساسياً من مقومات المرونة، وعنصراً ذا أهمية حيوية للتعامل مع الاكتئاب السريري والتغلب عليه، والحيلولة دون تحول الحزن أو الاكتئاب الطبيعي إلى مرض.

الفصل ٢٢

الوقاية خير علاج

عام ١٦٢٠، كتب الطبيب الرسمي المعين لمدينة فورمس يقول: "خير علاج هو أن تتدبر عواقب الأمور". غير أن الوقاية من الاكتئاب أكثر تعقيداً بكثير من الوقاية من الاعتلالات البشرية الأخرى. إنها لا تعني القضاء على الحزن؛ فكلنا نشعر ببعض الاغتمام والحزن في وقت أو آخر من حياتنا.

الوقاية في الطب ذات شقين. وأبسط معاني الوقاية وجود نظام للرعاية الصحية يشجع الناس على الاعتراف بالحاجة إلى مساعدة متخصصة بأسرع ما يمكن، ووجود حافز لالتماسها، ووجود بعض الثقة في أن العناية التي يتلقونها تتلاءم مع احتياجاتهم ويقدمها شخص ماهر. وفي سياق أوسع، تشتمل الوقاية على مجموعة من الاستراتيجيات العلمية والسلوكية لمساعدة المرضى المتماثلين للشفاء في جهودهم للبقاء في حالة طيبة. كما أنها تعني توعية بقية الناس بطبيعة الاكتئاب وكيفية حماية أنفسهم من عواقبه.

إن جهود الوقاية من الاكتئاب لا تستهدف القضاء عليه في حد ذاته، بل على الاكتئاب المزمن والفخاخ التي يحتمل أن ينصبها المكتئبون اكتئاباً مزمناً لأنفسهم. وتشتمل الوقاية على إحساس المرء بالاكتئاب مباشرة بدلاً من إنكاره، ومن ثم تحويله

إلى قنوات بدنية أو نفسية أو سلوكية أخرى. إنها تعني حل الصراعات الموجودة داخل الناس وفي بيئاتهم، والتي تجعلهم مكتئبين بلا داعٍ. ويجب دمج هذه الأهداف في برامج تثقيفية من أنواع شتى لتقوية قدراتنا على التعامل بفعالية مع ضغوط الحياة؛ فلم يعد عملياً أن نترك هذه المعرفة للصدفة.

من أجل تسهيل التشخيص المبكر والعلاج الفعال، يجب أن تحاول الجهود الوقائية إيجاد جو يعرف فيه الواقعون في فخّ الاكتئاب كيف وأين يجدون مساعدة متخصصة تتسم بالكفاءة والفعالية عندما يحتاجون إليها، وأن يفعلوا ذلك دون تأخّر أو شعور بالحرج. ومع الأسف، *واحدة من أخطر العقبات التي تمنع الناس من التماس المساعدة بشأن الاكتئاب لا تزال هي الخوف من العواقب الاجتماعية والمهنية لاكتشاف حقيقة أن المرء يستشير طبيباً نفسياً للعلاج.*

قال تنفيذي بإحدى الشركات لطبيبه النفسي: "إنني أكره أن أدخل على رئيسي وأخبره أنني مكتئب، كما أكره أن أضع رأسي في فم أسد. من فضلك أرسل الفاتورة إلى البيت كي يبدو الأمر كما لو أن زوجتي هي التي تتلقى العلاج لا أنا. أما بالنسبة للتأمين فلدي بعض التغطية، ولكني لن أتقدم بطلب للحصول عليها.... لا يمكنني الوثوق بالموظفين؛ فلو تسربت كلمة سأتعرض لمتاعب حقيقية. إنني مرشح لمنصب نائب الرئيس، ولا سبيل لحصولي على الترقية لو علموا أنني كنت مكتئباً".

"أمر غريب.... إنني أفضّل الإصابة بمرض قلبي، رغم أنني أظن -من خلال ما قلته لي- أنني سأتعافى من هذا وأكون أفضل مما كنت من قبل، وأن أي مشكلة في القلب يمكن أن تستمر مدى الحياة. ولكن يمكنني تصور ما سيحدث لو أخبرت رئيسي أنني أعاني من سرعة في نبضات القلب وأنني مضطر للحصول على إجازة لمدة أسبوعين للعلاج. سيقول لي: "حسناً، خذ كل وقت الراحة الذي تحتاجه. آمل أن تكون في أيدٍ أمينة. أخبرني إن أردت اسم أخصائي". ثم سيطمئنني أن وظيفتي في أمان.... ولكن إذا أخبرته أنني مكتئب، ففي غضون دقائق من مغادرتي مكتبه، سيتصل ليخبر رئيسه بالأمر، مقترحاً إعطاء منصب نائب الرئيس لتشارلي أو جو وإيجاد وظيفة سهلة لي عندما أعود، هذا إن عدت؛ لأنني كما يعلم الجميع، لن أكون بخير بعد ذلك أبداً".

حتى عندما يعترف المرء بحاجته إلى المساعدة، يظل السؤال: *أين يجد المرء أخصائياً كفئاً؟* غالباً ما يكون طبيب الأسرة أول من يستشار، وخصوصاً إذا كان

الاكتئاب مصحوباً بمجموعة متنوعة من الأعراض البدنية. لسنوات كثيرة، ظل نقص تدريب الطبيب غير النفسي تدريباً كافياً على الطب النفسي حجر عثرة في طريق التعامل السليم مع المكتئبين. فكثير من البرامج التعليمية فشلت في ربط الطب النفسي بالممارسة الطبية العادية، وكان الطبيب الناشئ غالباً ما يُترك لاعتقاده بأن الطب النفسي إما تخصص مكرس لعلاج المجانين وإما خليط من النظريات القائمة على ملاحظات فرويد وزمرته الصغيرة من التلاميذ المخلصين. غير أن جهوداً كبرى بذلت في السنوات الأخيرة لتعليم أطباء الأسرة كيفية التعرف على الاكتئاب وعلاجه، وقد عولج كثير من المكتئبين بنجاح تام على أيدي أطباء الأسرة.

ومن المثير للسخرية أن هذه الجهود التعليمية ربما نجحت أكثر مما ينبغي. *فهناك تزايد في الحالات التي يعجز فيها الأطباء عن تشخيص مرض بدني مهم لدى المرضى الذين يجمعون بين الاعتلال البدني والاكتئاب.* فحالات مرضية مثل السرطان، والسكر، ومرض القلب، ومرض الغدة الدرقية، والعدوى الفيروسية، والالتهاب الكبدي -على سبيل المثال لا الحصر- غالباً ما تكون مصحوبة بدرجة ما من الاكتئاب. وفي إحدى الدراسات، أخفق طبيب الأسرة -في تحيزه لعلاج الاكتئاب الظاهر- في تشخيص اعتلال بدني مصاحب في ٣٣٪ من الحالات. وتفيد الدراسات أن الأطباء النفسيين عجزوا عن تشخيص المرض البدني في حوالي ٥٠٪ من الحالات.

مع تولي الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين مسئولية أكبر عن رعاية المكتئبين في العيادات الخاصة والمؤسسات العلاجية، زاد خطر إغفال المرض البدني الأساسي. ففي الدراسة ذاتها، تبين أن الأخصائيين غير الطبيين عجزوا عن تشخيص المرض البدني لدى حوالي ٨٤٪ ممن يعالجون من الاكتئاب.

والواقع أنه في وقتنا هذا، هناك نطاق واسع للغاية من الأشخاص المعنيين بمساعدة الآخرين في التغلب على مشكلاتهم الشخصية والعاطفية، مما أدى لنشوء موقف: "أنت تشتري على مسئوليتك". وغالباً ما يكون من المستحيل أن تعرف مدى براعة أو سوء الأخصائي في التعامل مع متاعبك إلا بعد الدخول في البرنامج العلاجي. فالمهارات تختلف، والخبرة تختلف، تماماً كما تختلف الأسس النظرية للاستراتيجيات العلاجية. وكذلك تختلف التكتيكات المستخدمة حسب أسلوب المعالج وتدريبه وموهبته.

تقليص خطر عودة المرض

الأسلوب الثاني والأكثر أهمية للوقاية يشتمل على استراتيجيات لمنع المرضى الذين تعافوا من اكتئاب مزمن من الانزلاق فيه مرة أخرى. وهذه المبادئ هي نفس المبادئ التي نحتاجها جميعاً للتعامل مع التغيرات الحياتية الكبرى، والوقاية من الوقوع في فخ الاكتئاب المزمن، عندما نكون في حالة اكتئاب حاد.

بالنسبة لبعض المرضى، قد يكون من الضروري الاستمرار في تعاطي عقار مضاد للاكتئاب، ولكن تعديل نظم القيم وأنماط السلوكيات التي يمكن أن تؤدي إلى صعوبات شخصية ليس أقل من ذلك أهمية. فالشخص الذي هو عرضة للاكتئاب المزمن غالباً ما يظهر عادة راسخة تتمثل في التسويف والإنكار وتأجيل التعامل مع المواقف التي تبدو صعبة أو بغيضة. ربما لا يجلس هذا الشخص في هدوء مع زوجه لمناقشة سبل تحسين حياتهما الجنسية، أو مع شريك عمل لبحث كيفية تقوية علاقة العمل بينهما، بل يتم حجب القضايا المهمة ودفنها وتجاهلها بدلاً من التعامل معها مباشرة عند ظهورها.

هناك سمتان على وجه التحديد من سمات الشخصية تتسببان فيما يبدو في حساسية خاصة للإصابة بالاكتئاب المزمن. الأولى هي صعوبة وضع حدود للنفس وللآخرين، بمعنى عدم معرفة متى وكيف تقول "لا". طبيبة عمرها ٤٤ عاماً كادت تهجر ممارسة الطب الباطني خلال فترة من الاكتئاب الشديد. تم تشجيعها على إعادة تقييم كيفية تعريضها نفسها للاكتئاب، والخطوات التي بإمكانها اتخاذها لتعديل سلوكها في المستقبل. كانت واحدة من مشكلاتها الكبرى تتمثل في عدم قدرتها على قول لا. فكلما طلب منها قبول المزيد والمزيد من المرضى، كانت توافق دوماً. وكلما طلب منها تولي مزيد من مسئوليات اللجنة في المستشفى التي كانت تعمل فيها، كانت تقول نعم تلقائياً. وعندما كان المرضى يطلبون مقابلتها في أوقات متأخرة من الليل أو في العطلات الأسبوعية -برغم قدرتهم على ترتيب استشارتها خلال ساعات العمل- كانت تستجيب لطلباتهم. وعندما احتاج أخوها إلى المال وطلب منها عشرين ألف دولار على سبيل القرض، أقرضته المبلغ، على الرغم من صعوبة ذلك، حيث كان لديها ابنين يدرسان بالجامعة. كذلك لم تكن أبداً تقول لا لزوجها، رغم أنها كثيراً ما

كانت تخفق في فعل كثير من الأشياء التي تقول إنها ستفعلها؛ فلم يكن لديها الوقت ولا الطاقة لذلك. ونتيجة اليأس والغضب وخيبة الأمل، مر زوجها نفسه بفترة اكتئاب. وعندما تماثل للشفاء، أثار قضية الانفصال. ورغم أنه لم يكن يريد ذلك حقاً، فإن اقتراحه كان يكفي للتكاتف مع الضغوط الأخرى في حياتها لإصابتها بالاكتئاب.

المصدر الثاني للخطر هو ضعف الإحساس بتقدير الذات، والاعتماد المفرط على آراء ومواقف الآخرين للاحتفاظ بتقدير الذات. إن أي شخص -باستثناء أكثر الناس غروراً- يمكن أن يشعر بفقد تقدير الذات مؤقتاً عند الفشل أو الهزيمة. والاكتئاب نفسه كثيراً ما يكون مصحوباً بنقص الإحساس بقيمة الذات. ولكن عدداً معيناً من الناس يعتمدون بشدة على المصادر الخارجية لتعزيز تقديرهم لذاتهم لدرجة أنهم عندما يحرمون من هذه التقييمات الخارجية، أو عندما يرون معاني سلبية مراراً في التعليقات المحايدة أو النقد البناء، وتلك هي الحال غالباً، فإنهم سرعان ما ينزلقون في الأمزجة الاكتئابية. وتتمثل إحدى طرق تقليص الأثر السلبي للأفكار المتطفلة المنتقصة من قدر الذات في تطوير عادة واعية منظمة لنبذ هذه الأفكار بسرعة واستبدال أفكار إيجابية بها.

غير أنه لا يوجد ترياق ضد تدني تقدير المرء لذاته أقوى من قدرته على النظر للوراء في حياته وإجراء تقييم جديد للأشياء القيمة التي فعلها مهما بدت صغيرة. وهذه الفكرة كانت أساس الفيلم الكلاسيكي It's a Wonderful Life للمخرج "فرانك كابرا". وفيه يلعب جيمي ستيوارت دور جورج بيلي الذي لا يستطيع أبداً ترك بلدته بيدفورد فولز لشعوره بضرورة الحفاظ على جمعية البناء والقروض التي أسسها أبوه من الحيل المخادعة للمصرفي المحلي مستر بوتر (الذي قام بدوره ليونيل باريمور). وعندما يجد جورج نفسه يواجه الانهيار الفوري لكل ما كرس حياته لحمايته، يقف على جسر على مشارف البلدة متمنياً لو أنه لم يولد ومفكراً في الانتحار. ليس طبيباً نفسياً من يظهر لجورج في تلك اللحظة، وإنما ملاك اسمه كلارنس، وبحُنوّ شديد يمضي الملاك ليريه ما كان سيحدث لو أنه لم يُولد.

في السيناريو الذي أوضحه الملاك، تحيا زوجة جورج عانساً خائفة وتعيسة. أما شقيقه بطل البحرية في الحرب العالمية الثانية فيغرق وهو في الثامنة لأن جورج -الذي لم يولد أصلاً- لم يكن موجوداً لإنقاذه. وأما عمه بيلي، الذي كان يعمل لدى جورج،

فسكير ينتهي به الحال كنزيل مدى الحياة بالمستشفى المحلي للأمراض العقلية. وأما بيدفورد فولز فتعاد تسميتها بوترزفيل. تستعيد هذه الرؤية إحساس جورج بقيمته وإرادته للحياة؛ فيهرع إلى بيته وأصدقائه وأسرته الذين يحبونه، والذين اجتمعوا لإنقاذه من ورطته.

فإذا كان المرء صغيراً جداً على أن يكون له مثل هذا الماضي، أو ليس لديه مثل هذا الماضي لأي سبب من الأسباب، فهناك دائماً غداً. رغم أن بعض الناس يجدون دافعاً لاستخدام النشاط المستمر للهروب من مواجهة الاكتئاب، فلا يجب على المرء أبداً أن يبخس قدر الإنجاز كطريقة مشروعة لاكتساب احترام سوي للذات.

بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يكون المرء مستعداً لاستخدام الوسائل الفطرية السليمة لإخراج نفسه بسرعة من حالات الكآبة العادية، محولاً ذهنه عن المواضيع التي تثير الهموم. كثير من الناس يعتقدون مخطئين أن الإنسان يجب أن يركز على المشكلة حتى يحلها. فإذا كان المرء مكتئباً اكتئاباً بسيطاً، يكون إغراء الإمعان فيها أقوى، خاصة في الأفكار التي تمثل مركز الاكتئاب، مثل نقص المال، والرفض من قبل الأصدقاء، والعلاقات الأسرية السيئة. مثل هذا التركيز يعزز إحساس المرء بالعجز وعدم القيمة واليأس، في حين أن تحويل اهتمامه نحو أنشطة أخرى -عمل أو مباراة تنس أو فيلم- يفيد غالباً في انتزاعه فوراً من حالة نفسية ربما تستمر وتزداد حدة ما لم يفعل ذلك.

مفهوم معاصر وعملي للاكتئاب

ثمة مفهوم معاصر وعملي للاكتئاب يعتبر أساساً للوقاية بكافة صورها. إن تمني أي شخص أن يمضي في حياته دون معاناة فترات من الاضطراب العاطفي يمهد الساحة لتعرض هذا الشخص لخيبة أمل مريرة. ومع ذلك، فإن هذه هي الفلسفة التي يعمل بها كثير من مجتمعات الوفرة في العالم اليوم. وقد تعزز هذا الخطأ بنموذج طبي يعني ضمناً أن الاكتئاب نفسه مرض وأن الصحة العقلية تعني ضمناً التحرر من الألم العاطفي.

يمر الإنسان خلال حياته بفترات من الاستقرار النسبي تتخللها فترات من التزعزع والضعف الصريح. والقوة التي تمكّن المرء من اجتياز هذه الارتفاعات والانخفاضات بنجاح تسمى المرونة النفسية. ويجب أن يمتلك المرء ما يسمى بقوة الأنا

وأن يكون قادراً على احتمال الضغط لفترات زمنية معقولة، واستبدال رؤى جديدة أفضل للواقع بالرؤى القديمة، أثناء حدوث إعادة التكامل العاطفي. ولكي يفعل هذا، فإن الأجهزة البيولوجية المسئولة عن التكيف مع الضغط يجب أن تعمل بكفاءة؛ فمثلاً إذا زاد إنتاج الكورتيكوستيرويدات تحت الضغط، فإن هذه الزيادة يجب ألا تكون مفرطة، مع ضرورة وجود الآليات التي تغلق النظام تلقائياً عندما تتم تلبية الحاجة الفسيولوجية للاستجابة البيولوجية. عنصر أخير من عناصر المرونة هو بيئة المرء، التي يجب أن تكون داعمة بما يكفي للسماح له بالمرور بفترات الاضطراب دون تحويل محنته وتشوشه إلى يأس أو ذعر، وفي نفس الوقت، مرنة بما يكفي لتشجيع إعادة التنظيم وفق مفاهيم بناءة وذات مغزى.

كتب "أيفور براون" و"فنسنت كيني"، مقتبسين من لغة الفيزياء المعاصرة ومفاهيمها، يقولان:

> أظهرت التطورات العلمية عملية خرق للتناسق على كافة المستويات، من الجزيئات الأولية إلى علم الأحياء وعلم التبيؤ... ومع الأنظمة المنفتحة [كتلك التي يمثلها البشر]، ينبثق ما يبدو أنه عنصر نشط في مادة تتسم بالتغير، وعدم الاستقرار، والتقلب المستمر.

> يتم الوصول لمفترق طرق عندما يفقد التنظيم الحالي للنظام استقراره نتيجة التقلبات. وتثار قضايا "الكينونة" و"الصيرورة" هنا في سياق الطبيعة الغامضة لـ "اختيار" الاتجاه الذي سيتخذه النظام. وقد يتفسخ النظام ويتحول إلى فوضى [اكتئاب مزمن وعجز]، أو يعيد تنظيم نفسه فجأة متحولاً إلى مستوى جديد من التنظيم أعلى وأكثر تميزاً.

المصابون باكتئاب حاد يجدون أنفسهم عند مفترقات الطرق تلك، وتواجههم مخاطر حقيقية لا يمكن تجنبها، وقد لا يكون هناك سبيل للتنبؤ بالشكل الذي ستتخذه إعادة التنظيم أو ما إذا كانت إعادة التنظيم هذه ستحدث مطلقاً أم لا. ويستأنف براون وكيني حديثهما فيقولان: "هذه العمليات يمكن تطبيقها مباشرة على عمليات التغير الإنساني، وتتضح بسهولة من خلال إطار نظرية الأزمة".

صار أسلوب "مداخلة النوبات" أسلوباً منتشراً بين أخصائيي الصحة العقلية لإعطاء الأشخاص الذين يغمرهم الاكتئاب الحاد فرصة للحصول على ارتياح سريع من الخوف والكرب، والاستفادة الكاملة في الوقت ذاته من حالات الاضطراب التي هم فيها لاكتساب أفكار ورؤى متبصرة عن أنفسهم وحياتهم.

بالطبع ليست النظم النفسية البيولوجية متماثلة أبداً. فكل شخص يعاني من الاضطراب بطريقته الخاصة. كما أن الإدراك الشخصي للاضطراب يمكن أن يتخذ صوراً أخرى بخلاف الاكتئاب، مثل الذعر أو الارتباك. والأشخاص الأكثر تضرراً هم البعيدون عن أنفسهم لدرجة انقطاع الاتصال بينهم وبين المشاعر التي تنبئ عما يحدث.

مثال ذلك الشخص المصاب بالأليكسيثاميا Alexithymia، وهو مصطلح وضعه الأطباء النفسيون مؤخراً لوصف أقصى صور افتقاد التبصر. وتشمل الملامح الرئيسية للأليكسيثاميا صعوبة شديدة في التعرف على المشاعر والتعبير عنها بالكلمات، وغياباً تاماً للتصورات الملائمة للعواطف والأمزجة أو المعبرة عنها. والمصابون بالأليكسيثاميا يركزون على تفاصيل الأحداث التي تقع خارجهم ولكن لا يبدون إلا أقل القليل من الحياة الداخلية. ليس من قبيل الصدفة أن معدل الإصابة بالأمراض البدنية ذات الصلة بالضغط، وإدمان الكحوليات والمخدرات مرتفع جداً بين المصابين بالأليكسيثاميا؛ لأن الضغط دائماً ما يكون له ثمنه إذا لم يتم تقييمه وإدارته كما ينبغي.

وما يسمى شخصية النمط أ التي تبدو عرضة بشدة لأمراض القلب هي ابنة عم من الدرجة الأولى للأليكسيثاميا. فإنكار الشعور، ونقص التبصر هما أول خط دفاع للشخصية من النمط أ. وصاحب شخصية النمط أ مفرط النشاط، الشاعر بالتوتر والضغط، نافد الصبر الذي يناضل لتحقيق أقصى استفادة من حياته في أقصر وقت ممكن، أكثر احتمالاً لأن يسقط ميتاً بسبب نوبة قلبية في ملعب التنس من أن يقع -لمرة واحدة محرجة- في شيء غير مقبول مثل الاعتراف بالاكتئاب الحاد.

يمكن تعلم المرونة

هل يمكن أن يتعلم المرء أفكاراً وتبصرات مفيدة عن نفسه وعن طرق التكيف الفعال؟ خبرتنا في تعليم أساليب التبصر الشخصي وإدارة الضغط لطلاب كلية طب جامعة كورنيل منذ بضع سنوات تعد واحدة من تجارب كثيرة تجيب عن ذلك السؤال بالإيجاب. فطلاب السنة الأولى كانوا يلتقون في مجموعات من ثمانية أفراد تحت إشراف أطباء نفسيين مشاركين في البرنامج لمناقشة ضغوط الدراسة في كلية

الطب واستعدادهم لأن يكونوا أطباء. ولم تتح للطلاب فرصة للتعامل مع القلق الذي تسببه كل من طبيعة وكمية العمل المطلوب منهم فحسب، بل أتيحت لهم أيضاً فرصة اكتساب تبصر بالصراعات الانفعالية التي يمكن أن تسبب لهم صعوبة في حياتهم لاحقاً، شخصياً وكأطباء، ومنها مثلاً التعامل مع الغضب والشعور بالذنب. وطلاب الطب بشكل عام لديهم مُثل عالية جداً يصعب، إن لم يكن من المستحيل، تحقيقها، كما أن لديهم حساً قوياً بالمسئولية يجعلهم -في ممارسة الطب- عرضة بشدة للشعور بالذنب والاكتئاب غير المدرَكيْن وهم يتعاملون عاماً بعد عام بلا توقف مع مرضى يعانون من أمراض مزمنة ومميتة. ويمكن أن نرى الأدلة على ما يمكن أن تفعله الصراعات التي لم تتم تسويتها بالأطباء مع اقتراب تخرجهم في كلية الطب. فالطلبة المستجدون يدخلون الكلية وهم شباب يقظون مفعمون بالحيوية والإنسانية، وبعد ٤ سنوات يظهرون نقصاً في مقدرتهم في العلاقات الإنسانية وفي مرونتهم وإبداعيتهم. والجهود التعليمية يمكنها بلا ريب تغيير هذه المخاطرة.

كثيراً ما يكون الاكتئاب الحاد، أو إشارة أخرى معينة تدل على الاضطراب، مصاحباً للتغيرات الكبرى في حياة الناس، الذين غالباً ما يتطلب شفاؤهم وإعادة تكيفهم إعادة توجيه وطريقة جديدة للحياة، كما هي الحال بعد الطلاق، أو موت الزوج أو الزوجة، أو الإقالة من الوظيفة، أو الإفلاس. حينئذ يجب أن يواجهوا وجوداً مستقبلياً غير مألوف، وغير مؤكد، وغير محدد. في مثل هذه الأوقات، يتطلب تحديد شكل المستقبل والخطوات المطلوبة للتحرك نحوه قدرة على التفكير والتصرف بإبداع.

والإبداع هو تحديداً القدرة على التوصل إلى حلول جديدة للمشكلات التي يبدو أنه ليس لها حلول. وقد أوضح الطبيب النفسي "أنتوني ستور" أن الإبداع جزء أساسي من التماسك الشخصي "مرتبط بعمليات الشفاء المستمرة داخل النفس". وقد تم إثبات ملاحظته بالتجارب؛ فالمبدعون يحققون نقاطاً أعلى في بنود "اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية"، وهو ما ينبئ عن احتمالات الشفاء من حالات القلق والاكتئاب. علاوة على ذلك، تدل اختبارات قوة الأنا -وهي مقوم رئيسي من مقومات المرونة- مثل استخدام "قائمة كاليفورنيا النفسية" لقياس سمات من قبيل الهيمنة، وتولي القيادة، وقبول الذات، والمسئولية، وضبط النفس، والتسامح، والكفاءة العقلية، دلالة واضحة على أن المبدعين يحققون نقاطاً أعلى بكثير ممن هم أقل إبداعاً.

على مدى أكثر من ٣٠ عاماً، عكف الباحثون بمؤسسة التعليم الإبداعي Creative Education Foundation في بافالو نيويورك على دراسة طبيعة التفكير الإبداعي وطرق تحسينه. وقد أثبتوا أن الإبداع يمكن تعلمه أو صقله بمراعاة العديد من القواعد الأساسية مثل قاعدة *الكم* يؤدي إلى *الكيف*.

عادة ما تكون الأفكار الأولى التي يتوصل إليها المرء في بحثه عن حلول هي الأقل إبداعاً، وربما سبق لأحد أن فكر فيها أكثر من مرة وتبين أنها غير عملية أو غير مناسبة. ومع ظهور المزيد من الأفكار -مهما بدت ساذجة أو هزلية أو بعيدة عن المشكلة محل النظر- سوف تظهر مجموعة متنوعة وثرية من الخيارات بحيث تظهر بعد ذلك بعض الحلول الإبداعية غير المتوقعة. هذه الحلول لا تكون خفية عادة. وكثيراً في الواقع ما تكون واضحة إلى حد ما، ولكنها ببساطة لم تخطر على بال أحد من قبل.

تأجيل الحكم النقدي لحين التعمق في العملية هو قاعدة أخرى ينبغي اتباعها لمنع المرء من اعتراض آلية الخيال بتوقفه لتقييم كل فكرة بمجرد أن تخطر في باله أو بإلقائه حجاباً سلبياً كثيفاً على العملية بأكملها بحيث تخمد الإثارة والحماس اللذين يحفزان الإبداعية.

و"الاختمار" قاعدة أخرى. حتى بعد الانتهاء من العمل بأكمله، ربما لا تكون هناك حلول واضحة في متناول اليد. فماذا بعد ذلك؟ دع الأمر جانباً لبرهة، تاركاً العقل الباطن، الذي هو مصدر الإبداع يقوم بدوره؛ فالتفكير في العقل الباطن ليس محدوداً بالقيود الأدبية العادية للغة الشعورية. عند هذا المستوى، يمكن للمرء بسرعة أن يحشد كميات كبيرة من البيانات على نحو أكثر كفاءة من أي جهاز كمبيوتر ويمزج المكونات غير المتشابهة لتتحول إلى أنماط إدراكية ومفاهيمية. وعند هذه النقطة، تبرز الحلول في الذهن فجأة كما لو كانت تأتي من العدم، ويمكن لاتجاهات جديدة أن تبدأ في التبلور.

الوقت المناسب لصقل القدرات الإبداعية لحل المشكلات هو عندما لا نكون في خضم أزمة، حيث نكون أكثر استعداداً للتعامل مع التحديات عندما تبرز حتماً.

الدعم الحميم من الآخرين

ماذا عن دور بيئة المرء في اجتيازه لفترة من الاكتئاب السريري والبقاء بخير حال بعد ذلك؟ في السنوات الأخيرة، أثبتت الدراسات الدقيقة مدى أهمية البيئة في تحقيق كلا الهدفين. فدعم أفراد الأسرة المقربين لا يقدر بثمن، ولا يقل عنهم أهمية الأصدقاء، خاصة الأصدقاء المقربين المتعاطفين. وعلى الرغم من الأفكار الرومانسية القائلة بعكس ذلك، فإنه لا أحد يمكنه أبداً إشباع كافة احتياجات شخص آخر. وخلال أي أزمة حياتية، تكون هناك مجموعة صغيرة من المقربين إلى أي شخص يوفرون له أقصى دعم نفسي. وبعد أن تستقر الأمور، يمكن لإضافة شبكة أوسع وأكثر تنوعاً من الأصدقاء والمعارف أن توفر حافزاً جديداً وتتيح فرصة للحصول على وجهات نظر جديدة.

قال أحد الرجال: "اكتأبت بشدة خلال إجراءات طلاقي لدرجة أنني اضطررت لدخول مستشفى للطب النفسي لمدة شهرين. مرت عليّ أوقات أردت فيها أن أقتل نفسي، وكنت أشعر بالرعب والوحدة. وقد انقضى الجزء الأسوأ في غضون بضعة أسابيع، ولكن الشعور البغيض بالوحدة، والتوق إلى شخص يكون قريباً مني، إلى بيت، استمر لشهور. إنني أذكر الرقود في الفراش ليلاً وأنا أقاوم أحياناً الرغبة في الاندفاع إلى النافذة والقفز خارجها. كنت أظن أنني فقدت عقلي تماماً".

وأضاف: "لم أدرك إلا بعد شهور -بعد أن بدأت أشعر بالتحسن- أن أحد أسباب خروج الأمور عن السيطرة بهذا الشكل هو أنني خلال زواجي سمحت لزوجتي بهيكلة حياتنا الاجتماعية بأكملها. كنت قد فقدت الاتصال بمعظم أصدقاء العزوبية القدامى، ولم أكون صداقات جديدة أبداً. كان أبواي ميتين، ولم أكن قريباً من شقيقي الوحيد. لذا عندما حدث ما حدث، لم يكن لدي أحد ألجأ إليه. تلاشى أصدقاء زوجتي الذين كنت أظنهم أصدقاءنا من حياتي. أنا مقتنع أنه لو كان هناك أحد بجواري حينئذ ما كنت لأنتهي أبداً إلى ذلك الوضع السيئ. صدقني، لقد أصبح تكوين صداقات جديدة والحفاظ عليها يتصدّر قائمة أولوياتي".

لقد بات استعداد أفراد الأسرة المهمين للتعاون مع علاج المكتئب أشبه بعامل حاسم في تقييم النتيجة النهائية للاكتئاب وللتفاعلات الأسرية. ومن يرفضون مقابلة

أطباء أزواجهم النفسيين عندما يطلب منهم ذلك ربما يخفون شيئاً، كعلاقة غير شرعية مثلاً، أو يخشون فقد قدر ما من السيطرة على أزواجهم نتيجة نجاح العلاج. وربما يشعرون أيضاً بالحرج أو بالذنب -بسبب أو بدون سبب- حيال تواطئهم في إثارة الاكتئاب، وفي الوقت نفسه، ربما يفتقرون للتبصر والمرونة المطلوبين لتغيير عادة تدمير نفسية قديمة. بشكل عام، كلما كان أفراد الأسرة متعاونين ومخلصين، كان أسهل على المكتئبين أن يتماثلوا للشفاء وأن ينئوا بأنفسهم عن اكتئاب غير ضروري إلا إذا قرروا إجراء تغييرات كبيرة -وأحياناً صعبة جداً- في أساليب حياتهم.

البيئات التي تشجع المرونة

البيئة الأوسع التي نعيش فيها جميعاً لا تقل أهمية في توفير كل من الاستقرار والمرونة اللذين يتيحان لنا التعامل بنجاح مع أزمات الحياة. واستعادة القيم البناءة ذات المعنى في المجتمع خطوة مهمة نحو تقليص القوى المسببة للاكتئاب في ثقافتنا. وعلى نحو أكثر تحديداً، يمكن تطبيق تغيير البيئة على شتى أنواع المؤسسات، الخاصة، والحكومية، والتعليمية. نذكر مثلاً أن كثيراً من الشركات لديها برامج تنموية مصممة لإعداد الموظفين للتكيف بنجاح مع التغيرات التي تنطوي على الضغوط، مثل الترقية، والنقل إلى مناطق جغرافية مختلفة، والتقاعد، وهي التغيرات التي إذا لم يتم التعامل معها بكفاءة، يمكنها أن تمهد للإصابة باكتئاب مزمن. غير أنه بالإضافة إلى الانتباه لحاجات الأفراد، ينبغي أيضاً على المؤسسات أن تدرس طرق تغيير البيئات المسببة للاكتئاب.

ينبغي ألا تتم هذه التغييرات بطريقة عشوائية كما فعلت مجموعات كثيرة منذ بضع سنوات عندما استخدمت التدريب على الحساسية ومناقشات الوعي وانتهى بها الحال -بعد أن أنفقت أموالاً طائلة واستنفدت قدراً كبيراً من وقت الموظفين- إلى خيبة الأمر بسبب عدم تحقق نتائج. يجب أن تُحدد بدقة طبيعة المؤسسة، وغايتها، واحتياجاتها، والصراعات التي بداخلها مسبقاً، بمعنى إجراء تشخيص تماماً كما يجري الطبيب تشخيصاً، ثم توضع الأولويات لتطبيق الأساليب المصممة لحل القضايا التي تبدو أكثر صلة وأهمية.

غير أن معظم الناس ليسوا في وضع ملائم لأن يعدلوا بأنفسهم الصفة العامة

للمؤسسات التي يعملون فيها. وبالنسبة لكثيرين ممن نشأ اكتئابهم عن بيئة عمل معينة، ربما لا يوجد خيار إلا الرحيل. فكثير من الرجال والنساء الذين يغيرون وظائفهم ويختلقون أسباباً عديدة للإقدام على هذا الفعل يحاولون في الحقيقة الإفلات من المواقف المسببة للاكتئاب.

وهناك بيئة واحدة يمكن لكل شخص منا أن يفعل الكثير لتغيير طبيعتها، وهي البيت. تأمل ما يمكن فعله لتغيير العناصر الموجودة في الحياة الأسرية والتي ساهمت وتسهم في الاكتئاب. إذا كان شخص آخر في الأسرة مكتئباً، فما الشيء الذي ربما كان الآخرون يفعلونه -أو لا يفعلونه- بحيث تزيد محنته؟ مثل هذه الأسئلة يجب ألا تطرح بغرض إلقاء اللوم وتوجيه الشعور بالذنب، وإنما على أمل تحويل موقف غير مرض إلى موقف مرضٍ، وجعل الوضع المرضي بالفعل أكثر إرضاء.

فرصة للتغيير

إذا كنت تحاول تغيير نفسك أو وضعك الحياتي، فمن المؤكد أنك ستعاني من الاكتئاب. فإذا كنت مكتئباً بالفعل، فهناك فرصة لتحقيق التقدم على ثلاثة محاور رئيسية وهي: كيف تنظر لنفسك، وكيف تتفاعل مع الآخرين، وكيف تستطيع تغيير الأحوال البيئية الصعبة والتكيف معها.

كيف تنظر لنفسك

علق أحد مبرمجي الحاسب بقوله: "قبل أن أصاب بالاكتئاب، كنت دائماً أحاول الفوز باستحسان شخص ما. كنت قلقاً بشأن نظرة زوجتي لي، ونظرة صاحب العمل لي، والانطباع الذي كنت أتركه لدى موظفي الإدارة الآخرين. كنت مستعداً لبذل كل ما في وسعي لتجنب التعرض للنقد. كنت أحتاج إلى تقييم مستمر كي أطمئن إلى أنني أؤدي العمل بكفاءة".

وأضاف: "حينما كنت مكتئباً، بدا لي أن شيئاً من هذا لم يعد يهمني. ولأول مرة، رأيت توقي للاستحسان كنمط متكرر، نمط هيمن على حياتي. بدا لي هذا غير عقلاني. ألم أستطع تعريف نفسي بنفسي؟ إن اعتمادي على تعريف نفسي من خلال الآخرين يجعلني كما لو كنت بلا هوية خاصة مستقلة".

"الآن وبعد أن زال عني الاكتئاب، أنا شخص مختلف يعرف قدراته ومواطن ضعفه. مازلت أريد إرضاء الآخرين، ولكني أكثر انتقائية في هذا الأمر".

كيف تتفاعل مع الآخرين

وصفت امرأة التغير التالي في زيجتها: "قبل إصابتي بالاكتئاب، لم أكن أنا ولا زوجي على وعي بالطريقة التي كنا نتنافس بها معاً على كل شيء؛ من اهتمام الأطفال إلى حياتنا المهنية. كنت أبغض نجاحاته بشدة لدرجة أنني لم أكن أسمح له بالحديث عن عمله مطلقاً، كما كنت أشعر أنه لا يكن أي تقدير لما أفعله في البيت. كان الوضع سيئاً لدرجة أننا كنا أحياناً نتنافس معاً على حب والدي ووالديه".

"ولكننا لم نكن مدركين لذلك حتى كاد زواجنا ينهار. وأجبرتنا إصابتي بالاكتئاب على إلقاء نظرة جديدة على ما كان يجري بيننا. كانت صدمة عندما أدركنا أن التنافس يدمر الحب والاحترام الذي يكنه أحدنا للآخر. بل إنه أفسد حياتنا الجنسية".

"أما الآن، فقد ولى زمن محاولة التميز على أحدنا الآخر. وهو بالطبع لم يختفِ تماماً. ولكننا نفطن إليه عندما ينسلّ داخلنا، ونستطيع تصحيحه. عندما كنت مكتئبة، لم يكن يهمني شيء. الآن وأنا لست مكتئبة، أشعر أنني أكثر قدرة على المشاركة من أي وقت مضى".

وعلق زوجها قائلاً: "لم نعد نخفي ونكتم كل شيء بداخل أنفسنا. تعلمت أن أكون أكثر صراحة، أن أقول ما أفكر فيه، وما أشعر به، وأن أحاول قوله بطريقة مفهومة. لم أكن بمثل اكتئاب زوجتي، ولكني بلا ريب كنت تعيساً. أدركت أن الأشياء لا يمكن أن تستمر بالصورة التي كانت عليها. سيكون علي إيجاد طرق جديدة للتعامل مع القضايا، خاصة القضايا الخلافية، بدلاً من تجاهلها مراراً وتكراراً".

كيف تتعامل مع المواقف الحياتية الصعبة

يمكن أن تكون الشيخوخة -فوق سن الستين- فترة وحدة وتعاسة بالنسبة لكثير من الناس. فالتقاعد يضع نهاية لما يعتبر عملاً مثمراً، فيتسلل إحساس بالضآلة وعدم القيمة إلى نفس المرء. وعندما تجتمع البطالة مع المشكلات الصحية والمالية،

يشيع الاكتئاب. قال أحد الرجال: "اعتدت أن أحيا حياة مليئة بالنشاط. كنت أمتلك شركة استشارية. لم نحقق أبداً نجاحاً مدوياً، ولكن أداءنا كان جيداً بما يكفي. منذ عامين، أصر شركائي على أن أتقاعد وأمهلوني ستة أشهر. في البداية قاومت الفكرة. ثم استسلمت".

"انتقلت أنا وزوجتي للعيش في فينكس حيث لم نكن نعرف أحداً. فجأة وبعد سنوات من الاستيقاظ في السادسة، والعمل حتى السابعة، والسفر إلى كل مكان، لم أجد ما أفعله؛ فصرت أرهب الصباح. كان توجهي لشراء صحيفة نيويورك تايمز هو أهم أحداث اليوم. فقدت اهتمامي برؤية أي أحد. ولم أكن أرغب في تناول الطعام في كثير من الأوقات. كنت كئيباً حقاً وشخصاً يصعب العيش معه. بدأت أظن أنني أعاني من مشكلة بدنية".

"أكد لي طبيب الأسرة أن صحتي جيدة واقترح علي بعض الاقتراحات التي ثبت أنها لا تقدر بثمن، مثل سؤالي عن الشيء الذي كنت مهتماً به خلال سنوات الدراسة. تبادر إلى ذهني أنني كنت أشارك في مسابقات التصوير الضوئي وأن لدي مجموعة من الصخور. بل إنني في وقت ما خطر ببالي أن أكون جيولوجياً. فبدلاً من الانتظار والتفكير في فعل أشياء لم تكن تثير اهتمامي، مثل العمل في الصندوق الاجتماعي المحلي، لمَ لمْ أستأنف اهتماماتي القديمة الآن بعد أن صار لدي وقت لممارستها؟ لقد شعرت بأنني أعود إلى الحياة من جديد بمجرد التحدث عن تلك الاهتمامات".

تعتمد نظرتك للاكتئاب على كيفية شعورك به. وحيث إن الاكتئاب -بطبيعته- مرتبط بالنهايات، وحيث إن كل نهاية تستلزم البدء من جديد، فإن الاكتئاب نفسه بداية جديدة.



اقتراحات مختارة لمزيد من الاطلاع

Academy of Religion and Mental Health. *Moral values in psychoanalysis: Proceedings of the sixth academy symposium* (1963). New York: Author.

Affinson, T. J., & Robinson, R. G. (1992). Mood disorders following brain injury. *Directions in Psychiatry, 12*(3).

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: Author.

Andersen, A. E. (1989). Anorexia nervosa, bulimia, and depression: Multiple interactions. In F. F. Flach (Ed.), *Diagnostics and psychopathology* (pp. 131-139). New York: W. W. Norton & Company.

Bach, G. R., & Wyden, P. (1969). *The intimate enemy: How to fight fair in love and marriage.* New York: William Morrow.

Ban, T. A., & Ebert, M. H. (1988a). The diagnosis of depression in the elderly. In F. F. Flach (Ed.), *Affective disorders* (pp. 77-78). New York: W. W. Norton & Company.

Ban, T. A., & Ebert, M. H. (1988b). The treatment of depression in the elderly. In F. F. Flach (Ed.), *Affective disorders* (pp. 89-101). New York: W. W. Norton & Company.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford.

Beitman, B. D. (1989). Combining pharmacotherapy and psychotherapy: process considerations. In F. F. Flach (Ed.), *Psychobiology and psychopharmacology* (pp. 75-89). New York: W. W. Norton & Company.

Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world.* New York: Basic Books, Inc.

Bradshaw, J. (1994). *Creating love.* New York: Bantam.

Braiker, H. B. (1988). *Getting up when you're feeling down.* New York: Pocket Books.

Branden, N. (1992). Working with self-esteem in psychotherapy. *Directions in Clinical Psychology, 4*(8).

Branden, N. (1993). The six pillars of self-esteem. New York: Bantam.

Brown, J. C. (1994). Adolescent suicide. *Directions in Child and Adolescent Therapy, 5*(1).

Browne, I. W., & Kenny, V. (1989). How does psychotherapy work? Part I: The new science paradigm for psychotherapy theory. In F. F. Flach (Ed.), *Psychotherapy* (pp. 1-15). New York: W. W. Norton & Company.

Burns, D. D. (1992). *Feeling good: The new mood therapy.* New York: Avon.

Burton, R. (1977). *The Anatomy of melancholia.* New York: Vintage (Original work published 1621).

Carr, J. E., & Vitaliano, P. P. (1985). The theoretical implications of converging research on depression and the culture-bound symptoms. In A. Klienman & B. Good (Eds.), *Culture and depression: studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder.* Berkeley, CA: University of California Press.

Chopra, D. (1993). *Ageless body, timeless mind.* New York: Harmony Books/Random House.

Ciborowski, P. J. (1993). Counseling children of divorce. *Directions in Marriage and Family Therapy, 1*(1).

Cohn, H. W. (1989). Man as process: Existential aspects of psychotherapy. In F. F. Flach (Ed.), *Psychotherapy* (170-182). New York: W. W. Norton & Company.

Cole, T. R., & Winkler, M. G. (Eds.) (1994). *The Oxford book of aging.* New York: Oxford University Press.

Colgrove, M., Bloomfield, H., & McWilliams, P. (1991). *How to survive the loss of a love.* Los Angeles: Prelude Press.

Copeland, M. E., & McKay, M. (1992). *The depression workbook.* Oakland, CA: New Harbinger.

Cotton, N. S. (1989). A developmental model of self-esteem regulation. In F. F. Flach (Ed.), *Stress and its management* (pp. 37-57). New York: W. W. Norton & Company.

Deakin, J. F.W. (Ed). (1986). *Biology of depression.* Washington DC: American Psychiatric Press.

Delgado, P. L., & Gelenberg, A. (1994). Decision making in the use of antidepressants. *Directions in Psychiatry, 14*(21).

Demitrack, M. A. (1992). Chronic fatigue syndrome. *Directions in Psychiatry, 12*(15).

DePaulo, J., Jr., Raymond, A., & Keither, R. (1989). *How to cope with depression.* New York: Ballantine.

Downs, H. (1994). *Fifty to forever.* Nashville: Thomas Nelson.

Dubovsky, S. I. (1993). Diagnosis and management of psychotic depression. *Directions in Psychiatry, 13*(18).

Duguay, R. & Flach, F. (1964). An experimental study of weight changes in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 40, 1-9.

Dunner, D. L. (1995). Diagnosing and treating bipolar II disorder. *Directions in Psychiatric Nursing, 1*(10).

DuPont, R. L. (1994). Facing and preventing teenage use of alcohol and other drugs. *Directions in Substance Abuse Counseling, 2* (3).

Dupont, R. L., McGovern, J. P. (1991). Co-Dependence. *Directions in Clinical Psychology, 2*(7).

Eisenberg, L. (1989). The meaning of illness. In F. F. Flach (Ed.), *Diagnostics and psychopathology* (pp. 3-13). New York: W. W. Norton & Company.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society.* New York: W. W. Norton & Company, Inc.

Faragella, F., & Flach, F. (1970). Studies of mineral metabolism in mental depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 151*(2), 120-29.

Fieve, R. R. (1989). *Mood swings.* New York: Bantam Books.

Flach, F. F. (1964). Calcium metabolism in states of depression. *British Journal of Psychiatry, 110*(467) 588-93.

Flach, F. F. (1971). Group approaches in medical education. In H. I. Kaplan and B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Flach, F. F. and Draghi, Suzanne (Ed.) (1975.) *The nature and treatment of depression.* New York: John Wiley and Sons, Inc.

Flach, F. F. (1988): *Resilience.* New York Fawcett Columbine. Revised edition (1997),Hatherleigh Press

Flach, F. F. (1990): *Rickie.* New York: Fawcett Columbine. (1991) paperback edition: Ballantine Books.

Flach, F. F. (1998): *The Secret Strength of Angels.* New York: Hatherleigh Press.

Flach, F. F.: (2000) *Faith, Healing, and Miracles.* New York: Hatherleigh Press.

Flach, F. F. et al. (1992).Visual perceptual dysfunction in patients with schizophrenic and affective disorders versus control subjects. *Journal of Neuropsychiatry, 4*(4), 422-427.

Flacht, F. (1620). *De melancholia et idiopathica et sympathica.* Basel.

Freeman, H. L. (1989). Mental health and the environment. In F. F. Flach (Ed.), *Stress and its management* (pp. 127-142). New York: W. W. Norton & Company.

Garbutt, J. C. (1989). L-Triiodothyronine and lithium in the treatment of tricyclic antidepressant nonresponders. In F. F. Flach (Ed.), *Psychobiology and psychopharmacology* (pp. 109-120). New York: W. W. Norton & Company.

Gaylin, W. (Ed). (1994). *Psychodynamic understanding of depression.* New York: Jason Aronson.

Gold, J. H. (1989). Premenstrual syndrome. In F. F. Flach (Ed.), *Diagnostics and psychopathology* (pp. 110-120). New York: W. W. Norton & Company.

Gold, M. S., & Herridge, P. (1988). The risk of misdiagnosing physical illness as depression. In F. F. Flach (Ed.), *Affective Disorders* (pp. 64-76). New York: W. W. Norton & Company.

Gold, M. S., & Morris, L. B. (1988). *The good news about depression.* New York: Bantam Books.

Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic depressive illness.* New York: Oxford University Press.

Greenblatt, M., Becerra, R. M., & Serafetinides, E. S. (1989). Social networks, adaptibility to stress, and recovery from psychiatric illness. In F. F. Flach (Ed.), *Stress and its management* (pp. 117-126). New York: W. W. Norton & Company.

Gruen, P. H. (1991). Clinical use of fluoxetine hydrochloride (Prozac). *Directions in Psychiatry, 11*(25).

Hales, D., & Hales, R. E. (1995). *Caring for the mind.* New York: Bantam Books.

Hall, M. H., Dahl, R. E., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. III. (1995). Sleep patterns following major negative life events. *Directions in Psychiatry, 15*(9).

Halpern, J. K., & Roose, S. P. (1990). The cardiovascular effects of tricyclic antidepressants. *Directions in Psychiatry, 10*(14).

Hammen, C. L. (1995). Stress and depression. *Directions in Psychiatry, 15*(22).

Hoge, D.R. (1972) A validated intrinsic motivation scale. Journal for the Scientific Study of Religion, 11:369-376.

Howland, R. H. (1993). Psychotherapy of dysthymia. *Directions in Psychiatry, 13*(19).

Jenike, M. A. (1990). Depression in the elderly. *Directions in Psychiatry, 10*(1).

Jacobsen, F. M., & Rosenthal, N. E. (1988). Seasonal affective disorder and the use of light as an antidepressant. In F. F. Flach (Ed.), *Affective disorders* (pp. 215-310). New York: W. W. Norton & Company.

Jarrett, R. B., & Rush, A. J. (1992). Cognitive therapy for depression. *Directions in Clinical Psychology, 2*(3).

Keutzer, C. S. (1989). Synchronicity awareness in psychotherapy. How does psychotherapy work? In F. F. Flach (Ed.), *Psychotherapy* (pp. 159-169). New York: W. W. Norton & Company.

Kipfer, B. A. (1990). *14,000 things to be happy about.* New York: Workman.

Kraepelin, E. (1921). *Manic-depressive insanity and paranoia.* Edinburgh: E. & S. Livingstone.

Koenig, HG, McCullough, ME., Larson, DB. (2001) *Handbook of Religion and Health.* New York, NY: Oxford University Press.

Kramer, P. D. (1995). *Listening to Prozac.* New York: Penguin Books.

Larson DB, Lu FG, Swyers JP, eds. (1997) Appendix A: Questions for assessing patients' religious beliefs and their influences on patients. Model Curriculum for Psychiatric Residency Training Programs: Religion and Spirituality in Clinical Practice. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.

Levy, E. M., & Krueger, R. (1988). Depression and the immune system. In F. F. Flach (Ed.), *Affective disorders* (pp. 186-198). New York: W. W. Norton & Company.

Malmquist, C. P. (1995). Depression and violence. *Directions in Psychiatry, 15*(21).

Manning, M. (1994). *Undercurrents.* New York: Harper Collins.

Marsella, A. J., Sartorius, N., Jablensky, A., & Fenton, F. R. (1985). Cross-cultural studies of depressive disorders: an overview. In A. Klienman & B. Good (Eds.), *Culture and depression: Studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder.* Berkeley, CA: University of California Press.

McAllister, R. J. (1988). Forgiveness. *Directions in Mental Health Counseling, 1*(7).

McCully, R. S. (1989). The almost forgotten dimension: Religion and the psyche. In F. F. Flach (Ed.), *Stress and its management* (pp. 91-102). New York: W. W. Norton & Company.

McGrath, E. (1994). *When feeling bad is good.* New York: Bantam.

Meissner, W. W. (1989). The dynamics of hope. In F. F. Flach (Ed.), *Stress and its management.* New York: W. W. Norton & Company.

Meissner, W. W. (1993). The psychodynamics of guilt and its management. *Directions in Psychiatry, 13*(8).

Meissner, W. W. (1995). The nature of trust and its management in therapy. *Directions in Psychiatry, 15*(6).

Menninger, K. (1963). *The vital balance.* New York: The Viking Press.

Meyers, J. E. (1994). Employment, retirement, and life career counseling for older workers. *Directions in Rehabilitation Counseling, 1*(6).

Miller, N. S. (1993). Pharmacotherapy in alcoholics. *Directions in Psychiatry, 13*(20).

Mintz, J. et al. (1994). Treatment of depression and the restoration of work capacity. *Directions in Rehabilitation Counseling, 5*(6).

Monk, T. H. (1988). Circadian rhythms in human performance. In F. F. Flach (Ed.), *Affective disorders* (pp. 199-214). New York: W. W. Norton & Company.

Moore, T. (1992). *Care of the soul.* New York: Harper Collins.

Nathanson, D. I. (1989). Understanding shame. *Directions in Mental Health Counseling, 1*(9).

Nemiah, J. C. (1989). Alexithymia and psychosomatic illness. In F. F. Flach (Ed.), *Stress and its management* (pp. 154-169). New York: W. W. Norton & Company.

O'Connell, R. A. (1988). Depression: Bipolar or unipolar? In F. F. Flach (Ed.), *Affective disorders* (pp. 29-37). New York: W. W. Norton & Company.

Papolos, D. & Papolos, J. (1992). *Overcoming depression.* New York: Harper Collins.

Papolos, F. & Lachman, H. M. (Eds.) (1994). *Genetic studies in affective disorders.* New York: John Wiley & Sons.

Paykel, E. S., Myers, J. K., Dienelt, M. N., Klerman, G. L., Lindenthal, J. J., & Pepper, M. P. (1969). Life events and depression. *Archives of General Psychiatry, 21*(6), 753-60.

Peale, N. V. (1987). *The power of positive thinking.* New York: Fawcett.

Peck, M. S. (1978). *The road less travelled.* New York: Touchstone.

Potter W. Z., Rudorfer M.V., & Manji, H. (1991). The pharmacological treatment of depression. *New England Journal of Medicine, 325,* 633-642.

Rabkin, R., & Rabkin, J. G. (1995). Management of depression in patients with HIV infection. In W. Odets and M. Shernoff (Eds.), *The second decade of AIDS.* New York: Hatherleigh Press.

Rainer, J. D. (1991). Genetics and psychiatric illness. *Directions in Psychiatry, 11*(25).

Redlich, F. C., & Hollingshead, A. de B. (1969). *Social class and mental illness: A community study.* New York: Basic Books.

Salzman, L. (1989). Terminating psychotherapy. In F. F. Flach (Ed.), *Psychotherapy* (pp. 223-230). New York: W.W. Norton & Company.

Seligman, M. E. P. (1992). *Helplessness.* New York: W. H. Freeman.

Sheehy, G. (1995). *New passages.* New York: Random House.

Sherlock, R. K. (1989). Values in psychotherapy. In F. F. Flach (Ed.), *Psychotherapy* (pp. 43-56). New York: W. W. Norton & Company.

Siegal, B. S. (1986). *Love, medicine, and miracles.* New York: Harper Collins.

Siegal, B. S. (1989). *Peace, love, and healing.* New York: Harper Collins.

Smith, H. (1991). *Depressed? Here's a way out.* New York: Harper Collins.

Spitz, H. I. (1988). Family and marital therapy in the treatment of depression. In F. F. Flach (Ed.), *Affective disorders* (pp. 128-139). New York: W. W. Norton & Company.

Storr, A. (1972). *The dynamics of creation.* New York: Atheneum.

Storr, A. (1988). Principles of psychotherapy with depressed patients. In F. F. Flach (Ed.), *Affective disorders* (pp. 102-113). New York: W. W. Norton & Company.

Storr, A. (1990). *The art of psychotherapy.* New York: Routledge.

Styron, W. (1990). *Darkness visible: A memoir of madness.* New York: Random House.

Weinberg, W. A., Harper, C. R., & Emslie, G. J. (1992). The effect of depression and learning disabilities on school behavior problems. *Directions in Clinical Psychology, 4*(14).

West, L. J. (1994). Principles in the psychotherapy of depression. *Directions in Clinical Psychology, 4*(1).

Whybrow, P. C. (1988). Affective styles in the etiology of depression. In F. F. Flach (Ed.), *Affective disorders* (pp. 1-9). New York: W. W. Norton & Company.

Williams, M. E. (1995). *American geriatric society's guide to aging & health.* New York: Harmony Books/Random House.

Winokur, G. (1995). Distinctions between manic-depressive illness and primary unipolar depressive disorder. *Directions in Psychiatry, 15*(8).

Wurtzel, E. (1994). *Prozac nation.* New York: Houghton Mifflin.

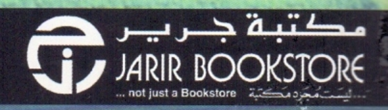
القوّة الخفية لـ الإكتئاب

«... يمكنه أن يجعلك تشعر بالتحسن بمجرد قراءته.»

- بوسطن جلوب

د. فريدريك فلاك

مؤلف كتاب Resilience الأكثر مبيعاً

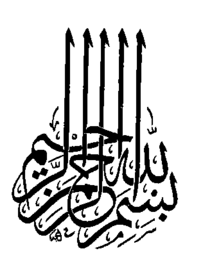


القوة الخفية لِ
الإكتئاب

طبعة ثالثة منقّحة

د. فريدريك فلاك

القوة الخفية لـِ
الإكتئاب



ثناء على الطبعة الأولى من كتاب
القوة الخفية للاكتئاب

"نظرة مطلعة ومفعمة بالأمل ومفيدة للاكتئاب بلغة الإنسان العادي... من الواضح أن مؤهلات د. فلاك تضفي ثقلاً على آرائه وأفكاره الثاقبة التي تدعمها بعض الحالات المثيرة للاهتمام".

- Publisher's Weekly

"فكرته الرئيسية هي حقيقة يحتاج ملايين الأمريكيين أشد الاحتياج لمعرفتها. أي شخص سبق له أن أصيب هو أو قريب أو صديق له بالاكتئاب يجب أن يقرأ هذا الكتاب".

- توماس فليمنج، مؤلف كتاب Loyalties

"...يمكنه أن يجعلك تشعر بالتحسن بمجرد قراءته".

- Boston Globe

"كتاب مطَمْئن وعملي بقلم واحد من الأطباء النفسيين البارزين في نيويورك... بمساعدة هذا الكتاب الودود الممتع للغاية، يمكنك تحويل الاكتئاب إلى قدرة على التعبير".

- Denver Post

"يقدم لنا د. فلاك، صاحب المصداقية الكبيرة، نظرة عامة على الاكتئاب تجمع بين العقلانية والمرونة... وجهة النظر المتفائلة والتوجه العام سيفيدان الكثيرين".

- Kirkus

"قادة الأعمال في أمريكا يشكون من صعوبة الحصول على إنتاجية أكبر. وطريقة د. فلاك الإيجابية والمنفتحة في النظر إلى الاكتئاب يمكنها أن تفعل الكثير لتحقيق هذا الهدف".

- بروس جيلب، الرئيس السابق لـ "كليرول، إنك."

"عمل انتقائي بشكل مجدد للنشاط... ممتع وميسر، ولكن دون مبالغة في التبسيط؛ نوصي به كثيراً".

- Library Journal

"شيق وممتع... وآسر... ورائع... إنني على يقين من أن هذا الكتاب سيكون مصدر ارتياح كبير لأي شخص تأثرت حياته بالاكتئاب".

- د. إرفن آي. بلوز (بكالوريوس الطب)

American Journal of Psychiatry

"مقنع، وعملي، ومتوازن، ومشجّع هي بعض الصفات التي تميز هذا الكتاب المفيد".

- Science Digest

"... كتاب رائع وواضح حول الطرق التي يمكن أن يصبح بها الاكتئاب مصدراً للقوة والإبداع بدلاً من التدهور إلى حالة من الضعف واليأس".

- Wichita Falls Times

"هذه دراسة ممتعة وتنويرية لأثر الضغط على الإنسان، وما يمكن للشخص أن ينجزه تحت الضغط والذي ما كان ليستطيع إنجازه في ظروف أخرى".

- News-Chief

وينتر هافين، فلوريدا

"... نظرة عامة وافية وجيدة على الاتجاهات الحالية في العلاج... واضح وسهل القراءة".

- د. إرفينج إم. روزين

Journal of Religion and Health

"كتاب مبسط مكتوب بلغة واضحة بقلم طبيب نفسي واعٍ وعمليّ وحسن الاطلاع.... إنه يمتلك الكثير من النصائح الواعية التي يقدمها لكل من المكتئبين وأقاربهم الذين يتعين عليهم العيش معهم".

- انتوني ستور

Washington Post

"لا أستطيع التفكير في كتاب أفضل من هذا الكتاب أوصي به في هذا الموضوع".

- د. جون آر. ماكول

National Catholic Reporter

The Secret Strength of DEPRESSION

Third Revised Edition

Frederic Flach, M.D., K.H.S.





إلى أولادي

الذين أبقوني على
اتصال بطبيعة الأشياء
في عالم متغير



المحتويات

مقدمة الطبعة الثالثة المنقحة

يصعب أن أصدق أن أكثر من خمس وعشرين عاماً مضت منذ صدور الطبعة الأولى من هذا الكتاب. بالنسبة لي، يسرني جداً أن أعرف أنه مازال يباع ويزود آلافاً من الناس بطريقة مختلفة ومشجعة للنظر لتجربة الاكتئاب، ويحفزهم لطلب المساعدة من متخصص عندما يحتاجون إليها. إن هذا الكتاب لم يسهم إسهاماً كبيراً في تخفيف الوصمة المرتبطة بالإصابة بالاكتئاب فحسب، ولكنه أثر أيضاً في طريقة تعامل كثير من زملائي مع المكتئبين الذين يعالجونهم، مما يؤكد أن الاكتئاب ربما يكون استجابة متوقعة سوية لمجموعة منوعة من ضغوط الحياة، ويصبح مرضاً يتطلب العلاج عندما تكون مرونة المرضى البدنية و/أو النفسية والبيئية غير كافية لتمكينهم من التعامل معه بمفردهم.

لقد حدثت تطورات عديدة تجعل هذا التحديث للكتاب في وقته تماماً. فالآن، زاد عدد الأشخاص الذين يعانون فيما يبدو من الاكتئاب السريري أكثر من أي وقت مضى، حيث شخص الأطباء النفسيون حالتهم على أنها اضطراب اكتئابي خطير. وتشير التقديرات الآن إلى أن ١٠-٢٥٪ من النساء و ٥-١٢٪ من الرجال سيحققون المعايير الطبية للاكتئاب السريري في وقت ما من حياتهم. كما زادت زيارات الأطباء بسبب الاكتئاب، من حوالي ١١ مليون شخص في منتصف ثمانينيات القرن العشرين إلى أكثر من ٢٠ مليون بحلول أواخر التسعينيات. فالاكتئاب فيما يبدو صار حالة يقبل الناس الاعتراف بها والسعي إلى علاجها بدرجة أكبر بكثير من ذي قبل. ولا شك أن توافر مضادات للاكتئاب أكثر أماناً ويستطيع الناس احتمالها أسهم في هذا الوضع. غير أن مزيداً من الأشخاص يتلقون علاجاً نفسياً على يد معالجين غير متخصصين في الطب، بينما تتم إحالتهم إلى أخصائيين في الأدوية النفسية. وقد ألقى هذا مسئولية فريدة على عاتق عالم النفس أو الأخصائي الاجتماعي الذي يقدم الرعاية للمرضى تكمن في أن يكون قادراً على إدراك حاجة هؤلاء المرضى لمضادات الاكتئاب -أو أدوية تنظيم الحالة المزاجية إذا كانوا يعانون من نوع الاضطراب الاكتئابي الهوسي (ثنائي القطب)- عندما يحتاجون إليها، وإحالتهم إلى أخصائي، والتشاور مع الأطباء النفسيين المعالجين، وتشجيع هؤلاء المرضى على الالتزام بنظام

الدواء. وثمة التزام مماثل يقع على عاتق الطبيب الذي لا تتمثل مهمته فقط في إيجاد العقار الأكثر فعالية للمريض، ومراقبته لاكتشاف الآثار الجانبية المكنة، بل أيضاً في معرفة المريض معرفة وثيقة -من خلال الاتصال المباشر ومن خلال التواصل مع غير المتخصص في الطب- ليكون على معرفة تامة بالتفاعلات بين مسببات الضغط الموقفية والشخصية، وحالة المريض العاطفية، واستجابته للأدوية. بهذه الطريقة فقط يمكن للطبيب أن يصل لقرارات صائبة بحق حول تعديل جرعة العقاقير، أو التحول من عقار إلى آخر، أو إبقاء الحال على ما هو عليه.

لقد صار علاج الاكتئاب متاحاً بدرجة أكبر -وأكثر تحدياً في نفس الوقت- نظراً لأن الأغلبية العظمى من المصابين بالاكتئاب السريري يتلقون الرعاية على يد أطباء الرعاية الأولية. ولكن الطبيب غير النفسي ربما لا يكون على نفس دراية معظم الأطباء النفسيين بدقائق استخدام العقاقير النفسية، ومن ثم فإن الحالات الأكثر تعقيداً يجب إحالتها إلى طبيب نفسي. فضلاً عن ذلك، يمكن أن يحد تمويل الرعاية الطبية بشكل خطير من مقدار الوقت الذي يمكن لأي طبيب أن يقضيه مع مرضاه، فتكون النتيجة إغفال تشخيص الاكتئاب السريري غالباً والإشراف على العلاج بدرجة غير كافية.

على مدى العقد الماضي، تجمعت أدلة تدعم وجود علاقة وثيقة بين الاكتئاب السريري وأمراض القلب والأوعية الدموية. فالإخفاق في التعرف على الاكتئاب ومعالجته بنجاح ربما يزيد خطر إصابة الشخص بأمراض القلب. علاوة على ذلك، فإن الأشخاص الذين تعرضوا لنوبات قلبية أو سكتات دماغية أو خضعوا لجراحات المجازة التاجية غالباً ما يواجهون صعوبة أكبر كثيراً في استعادة صحتهم إذا كانوا يعانون أيضاً من اكتئاب سريري لم يعالج.

وأخيراً فقد شهدت السنوات الأخيرة انتباه مهنة الطب -والطب النفسي بصفة خاصة- لأهمية الإيمان والروحانيات في تحسين الصحة. ومع ذلك، فإن المتدينين والمتدينات لازالوا يصابون بالاكتئاب تحت ظروف معينة. ولكن احتمالات إصابتهم بالاكتئاب يبدو أنها أقل، وإذا أصيبوا به، فإنهم عادة ما يتماثلون للشفاء بسرعة وبصورة كاملة.

لم تكن الحاجة إلى فهم ومعرفة كيفية التعامل مع الاكتئاب أكثر إلحاحاً منها في عالم اليوم الفوضوي المخيف. وثمة ملاحظة مشجعة هي استعداد جيل "ما دون الخمسين عاماً" لأن يكونوا أكثر انفتاحاً بشأن المسائل العاطفية والشخصية من

الأجيال الأكبر سناً. إنهم أكثر استعداداً مما كان عليه معظمنا لطلب المساعدة عندما يحتاجون إليها. وإنني آمل أن يجد قراء اليوم الجدد في هذا الكتاب مصدراً للبصيرة والإلهام بنفس القدر الذي وجده الكثيرون على مر السنين أو أكثر. فحتى الآن، وعلى غير المتوقع، مازال غرباء يقتربون مني في اجتماع طبي أو في ردهة المستشفى حاملين نسخة من الكتاب وقد اهترأت أوراقه من كثرة القراءة، وظللت فقراته باللون الأصفر، فيمدون أيديهم لمصافحتي قائلين: "شكراً لك". وليس هناك ما يطلبه مؤلف أو طبيب أكثر من ذلك.

د. فريدريك فلاك

مقدمة الطبعة الثانية المنقحة

أكثر من ٢٠ عاماً مضت على صدور الطبعة الأولى من هذا الكتاب في سبتمبر ١٩٧٤، و ٩ سنوات على طبعته الثانية في ١٩٨٦. كان الغرض من وراء تأليفي هذا الكتاب هو تشجيع الناس على الاعتراف باكتئابهم وقبوله دون خجل، وهم مفعمون بالأمل ومدركون أن كونهم مكتئبين في حد ذاته ليس بالضرورة صورة من صور المرض، بل يكمن المرض الحقيقي في رفض الاعتراف بالاكتئاب أو الإصابة باكتئاب شديد لدرجة تهدد بشدة قدرة المرء على التعامل مع الحياة، أو عدم القدرة على التعافي من الاكتئاب دون مساعدة من أحد في غضون فترة زمنية معقولة، أو عدم القدرة على التعلم من التجربة وتحقيق قدر أكبر من الاكتمال بعد النجاح في تجاوز مثل هذه الفترة.

كثيراً ما سئلت عن عنوان الكتاب. "ما القوة الخفية؟" إنها ما يلي: لو أنك تعرف كيفية التعامل مع الاكتئاب بنجاح، فبإمكانك أن تكون شخصاً أكثر اكتمالاً. جزئياً، هذا يولد شعوراً بالكفاءة والقوة نابعاً من النجاح في اجتياز فترة من الألم والكرب الشديدين. ولكن الأكثر من ذلك أنه عامل محفز على إحداث تغييرات مهمة، ليس مرة واحد فحسب، بل مراراً وتكراراً طيلة العمر. الاكتئاب يجبرنا على إلقاء نظرة متفحصة على أنفسنا وعلى حياتنا. وعندما يشتمل الاكتئاب على الحزن، يكون متنفساً لمشاعر الخسارة القوية التي تصاحب نهاية علاقة ما. وعندما يكون إشارة على وجود خطأ ما -سواء في الزواج أو في العمل- يحفزنا على التصرف حيال هذا الخطأ، وهي محاولة قد نشعر بالإغراء لتجاهلها إلى أن تحدث عواقب أكثر تدميراً. الاكتئاب بلا شك طريقة أفضل للاستجابة لضغوط معينة من مجرد التظاهر بأنها لا تؤثر علينا، أو ترجمة كربنا إلى لغة بدنية والاستسلام لأمراض خطيرة مثل السرطان أو الموت فجأة نتيجة نوبة قلبية.

الاكتئاب جزء حتمي من أي حياة سوية. وسر التعامل بفعالية مع هذه الفترات هو شيء أطلقت عليه اسم "المرونة". وقد بدأت صياغة مفهوم المرونة لأول مرة في كتابي Choices المنشور في عام ١٩٧٦ (أعيد نشره تحت عنوان Putting the Pieces Together Again). وبحلول عام ١٩٨٨، عندما صدر كتابي Resilience

("المرونة")، تمكنت من عرض فرضية المرونة كنموذج مختلف جذرياً نحدد بواسطته الصحة والمرض. وفقاً لهذا النموذج، كثير من الضغوط التي نمر بها خلال الدورة الحياتية -الحوادث، والأمراض، وموت الأحبة، والنجاح غير المتوقع وما قد يتبع ذلك من تغييرات عميقة، ومجرد الانتقال من مرحلة طبيعية في الدورة الحياتية إلى أخرى- لابد أن تثير بطبيعتها تصدّعاً في طبيعتنا، بأبعادها النفسية، والبيئية، والفسيولوجية. هذه الحالة من التصدع غالباً ما تكون مصحوبة بالاكتئاب، وينظر لها على أنها اكتئاب، وهي تحقق هدفاً مهماً يتمثل في إعادة تكييفنا مع أي تغيرات ربما تكون حدثت وتجهيزنا لما سيأتي بعد ذلك. لدى الشخص السوي، تتبع ذلك التصدع استعادة التكامل، مع نشأة مستوى جديد، ومختلف، وأكثر تعقيداً من التكيف مع النفس ومع الحياة.

يتيح لنا هذا النموذج رؤية الاكتئاب بطريقة مختلفة تماماً. فكونك مكتئباً في حد ذاته ليس هو المرض، بل المرض هو إخفاقك في التعامل مع الاكتئاب والتعافي منه. ومثل هذا المرض يمكن أن ينتج عن:

١. نقص *المرونة النفسية*. ربما تكون صلباً وجامداً أكثر مما ينبغي، وربما لا يكون لديك إلا القليل فحسب من فهم الذات، وربما يكون اكتئابك يشعرك بالخوف والمهانة بشدة لدرجة أنك تهوي أكثر عمقاً في مزاجك السلبي وتصاب –في أحوال ليست قليلة– بحالة من الذعر والعجز الشديد. وهنا يمكن أن يقدم الطب النفسي مساعدة هائلة.

٢. نقص *المرونة الفسيولوجية*: الضغط الشديد يمكن أن يتسبب في استنفاد مستويات المواد الكيميائية في المخ مثل السيروتونين، والنورأبينفرين، اللذين يساعدان في نقل الرسائل من شبكة عصبية إلى أخرى. هذا يجعل الإنسان أقل قدرة على التعامل مع الضغوط اليومية البسيطة التي يتم التعامل معها بسهولة أكبر كثيراً في الظروف الطبيعية. وتعيد الأدوية المضادة للاكتئاب هذه المواد الكيميائية إلى مستوياتها القياسية الطبيعية، وتستعيد المرونة البيولوجية الطبيعية، وبالتالي يكون الإنسان أكثر قدرة على التعامل مع جذور ما يسبب له الاكتئاب.

٣. *الافتقار إلى نظام دعم ملائم*. الأصدقاء والأشخاص المقربون ضروريون من أجل المرونة. فإذا كنت منعزلاً بدون أصدقاء، أو إذا كنت محاطاً بأشخاص أو ظروف في العمل أو في البيت يعوقون تماثلك للشفاء ويعززون شعورك باليأس وتدني احترامك لذاتك، فإن مرضك في الحقيقة يكمن في العالم من حولك؛ ومن ثم فتغيير ظروف حياتك شيء ضروري حاسم من أجل الشفاء.

مازال كثير من زملاء المهنة يصرون على اعتبار الاكتئاب مرضاً. وقد كرسوا قدراً كبيراً من جهودهم لتوضيح تعريفات اضطرابات المزاج من أجل التوصل لتشخيصات أدق. وقد ساعدت الصيغ التشخيصية، مثل الاكتئاب الخطير، والاكتئاب أحادي القطب، والاكتئاب الجزئي، والاكتئاب ثنائي القطب في اختيار مضادات اكتئاب ومنظمات مزاج معينة. على سبيل المثال، يمكن استخدام مضادات الاكتئاب بفعالية مع مرضى الاكتئاب أحادي القطب، في حين أنها ليست كافية في حالة مرضى الاكتئاب ثنائي القطب (والذي يشار إليه كثيراً باسم "الاضطراب الهوسي الاكتئابي")، التي يتطلب فيها تنظيم المزاج غالباً استخدام ملح الليثيوم أو مضادات التشنجات، مثل الكاربامازيبين. كما أن المصطلحات التشخيصية مفيدة في التواصل بين طبيب وآخر، وعند استخدامها بالاقتران مع الأرقام الرمزية، تكون أساسية لتقديم نماذج الغطاء التأميني. أما في البحوث فقد أفادت في توجيه الاهتمام إلى التأثيرات الوراثية في أنواع معينة من الاكتئاب، رغم أنه لم يتضح تماماً بعد علاقة هذه التأثيرات الوراثية بالاكتئاب أو –ما أعتقد أنه احتمال أكبر– بالقدرة البيولوجية على المرونة.

إلا أن انشغال مهنة الطب النفسي حالياً بالتشخيص له عيوب خطيرة. فالنموذج التشخيصي التقليدي كثيراً ما يولد مشاعر تشوش وحرج، وعجزاً عن فهم ما يعانيه المرء، ومقاومة خطيرة للاعتراف بالإصابة بالاكتئاب أو طلب المساعدة من أي نوع. وهو يسهم، عند اتحاده مع الاتجاهات المالية وظهور نظم تقديم الرعاية الموجهة، في خلق تحيز كبير في اختيار العلاج للمكتئبين. في عام ١٩٧٤، كشف مسح للأطباء النفسيين أن حوالي نصف الممارسين للمهنة لم يسبق لهم أبداً أن أعطوا دواء مضاداً للاكتئاب لأي أحد رغم أن أول عقار من هذا النوع وهو الإيميبرامين (توفرانيل) كان موجوداً في السوق منذ قرابة ١٥ عاماً! واليوم، معظم الأشخاص الذين يتم تشخيص حالاتهم على أنها اكتئاب يتم حثهم على استعمال مضادات الاكتئاب،

والتي ربما تكون اختياراً مناسباً في كثير من الحالات. غير أن اهتماماً أقل يتم منحه للجانبين الآخرين للمرونة، وهما النفسي والبيئي. وقد نما هذا الاتجاه رغم حقيقة أن الدراسات الدقيقة للعلاج النفسي أثبتت أنه كثيراً ما يكون بمثل فعالية مضادات الاكتئاب، مع دلائل على أن استخدام مزيج من العلاج بالعقاقير والعلاج النفسي يحقق فيما يبدو أفضل النتائج على الإطلاق.

آمل أن تستمر هذه الطبعة المنقحة من الكتاب في مساعدة الكثير من ملايين الأشخاص المكتئبين أو الذين سيصابون بالاكتئاب، ليس فقط في محاولاتهم للتغلب على الاكتئاب، ولكن أيضاً في القدرة على التعرف على الدور الإيجابي الذي يلعبه الاكتئاب في حياتنا. أما لماذا يتعين علينا نحن البشر أن نمر بفترات من الألم العاطفي خلال رحلتنا في الحياة، فهذا ما يستطيع أي إنسان البحث عن إجابة له. هذا السؤال يشبه إلى حد ما السؤال عن السبب الذي يجعلنا نحب أو نهتم بأي شيء أو أي شخص. وحيث إنني لست متخصصاً في دراسة الطبيعة البشرية، فأنا يقيناً لا أمتلك الإجابات. ويبدو لي أنه من الأفضل أن نتقبل حقيقة أن هذه هي طبيعة الأشياء، على الأقل حتى نكتشف بعض المعلومات الجديدة كي نتابع التقدم.

د. فريدريك فلاك

كلمة المؤلف في الطبعة الأولى

أي كتاب لا يُكتب عادة مرة واحدة بل عدة مرات. وبالنسبة لإعداد مخطوطة هذا الكتاب، فإنني أدين بخالص الشكر للمحررين الذين ساعدت نصائحهم وتوجيهاتهم في تشكيل أسلوبه، وهم: "جريس بيكتولد" من بانتام بوكس من أجل دعمها المتحمس والمتواصل؛ و"بياترس روزنفيلد" من جيه. بي. ليبينكوت كومباني من أجل توضيحاتها الدقيقة شديدة الحرص؛ و"ويلهمينا مارفل" على مساهماتها التحريرية المبتكرة الواضحة طيلة فترة تأليف الكتاب. كما أود أن أشكر د. "أوسكار دايتهيلم" الأستاذ الفخري للطب النفسي بكلية طب جامعة كورنيل على مراجعة المادة للتأكد من دقتها التاريخية والعلمية وعلى كشفه النقاب عن بحث السوداوية بأرشيف جامعة بازل بسويسرا الذي وضعه "فريدريكوس فلاكت" (صاحب الاسم الشبيه باسمي) في القرن السابع عشر.

الرجال والنساء الوارد ذكرهم بين دفتي هذا الكتاب أناس التقيت بهم على مدار الخمس والعشرين سنة التي مارست فيها الطب النفسي وقمت فيها بتدريب الأطباء المقيمين في الطب النفسي، مع تغيير أسمائهم وبعض تفاصيل مواقفهم الحياتية حفاظاً على سرية هوياتهم.

المنظمات ومجموعات الدعم

Depressed Anonymous
c/o Depression Self-Help Services, Inc.
P.O. Box 17471
Louisville, KY 40217
(502) 569-1989

Depression After Delivery
P.O. Box 1282
Morrisville, PA 19067
1-800-944-4773 (information line) or (215) 295-3994

Depressives Anonymous (for women only)
For written information, send an SASE to:
329 E. 62nd Street
New York, NY 10021
(212) 689-2600

NAMI: National Alliance for the Mentally Ill
200 North Glebe Road, Suite 1015
Arlington, VA 22203-3754
1-800-950-6264 or (703) 524-7600

National Depressive & Manic Depressive Association
730 N. Franklin #501
Chicago, IL 60610
1-800-826-3632 or (312) 642-0049

National Mental Health Association
1021 Prince Street
Alexandria, VA 22314-2971
(703) 684-7722 fax: (703) 684-5968

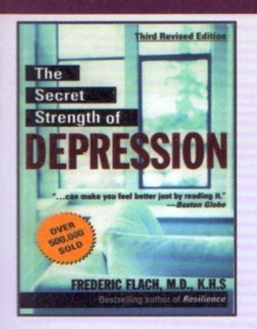
National Mental Health Consumers Self-Help Clearinghouse
1211 Chestnut Street, Suite 1000
Philadelphia, PA 19107
1-800-553-4539 or (215) 751-1810

Postpartum Support International
927 N. Kellogg Avenue
Santa Barbara, CA 93111
(805) 967-7636

حول المؤلف

د. فريدريك فلاك هو طبيب نفسي يحظى بتقدير عالمي، وهو مؤلف كرس أكثر من ٤٠ عاماً من الممارسة المهنية، والأبحاث العلمية، والتدريس لتطوير منظوره الأصلي للاكتئاب، والدور الذي تلعبه المرونة في التكيف بنجاح معه. تخرج د. فلاك من كلية طب سانت بيتر وجامعة كورنيل، حيث يعمل حالياً كأستاذ مساعد للطب النفسي، وهو طبيب نفسي معالج في كل من عيادة باين ويتني في مستشفى نيويورك ومستشفى ومركز سانت فينسنت الطبي. وبالإضافة إلى المقالات العديدة المنشورة له في الدوريات العلمية والمراجع الطبية الكبرى العديدة التي ألفها، فإنه أيضاً قام بتأليف عدد من الكتب التي حظيت بتقدير كبير، ومنها: Putting the Pieces Together Again (والذي كان عنوانه سابقاً Choices)، و A New Marriage، و ANew Life، و Resilience، و Rickie، و The Secret Strength of Angels، و Faith, Healing and Miracles. وهو أيضاً محاضر ومتحدث شهير. وعمل د. فلاك أيضاً كمدير ورئيس تحرير لبرنامج Directions in Psychiatry Continuing Medical Education لمدة ١٥ عاماً. وفي عام ١٩٩٦، منحه الاتحاد الوطني للمرضى العقليين National Alliance for the Mentally Ill جائزة "ماكسين مايسون". د. فلاك متزوج ولديه خمسة أطفال.

القوة الخفية للاكتئاب



فى هذا الكتاب الناجح شديد الإلهام، يبين د. فريدريك فلاك. وهو طبيب نفسى بارز من نيويورك. للقرّاء كيفية التعرّف على الاكتئاب، ويشرح أسبابه وعلاجاته. وهو يثبت بلغة واضحة مطمئنة ومحفزة، كيف أن ملايين الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب يمكنهم استغلال طاقاتهم الإبداعية لتحويل الاكتئاب إلى قوة إيجابية للنمو الشخصى.

تحتوى هذه الطبعة المحدثة والمنقحة بالكامل على تقارير حديثة حول آخر التطورات فى الأدوية المضادة للاكتئاب، بالإضافة إلى فصول جديدة حول اضطراب توتر ما بعد الصدمة، والاكتئاب لدى الأطفال، ودور الروحانية فى التغلّب على الاكتئاب.

«.. ها هو كتاب أفضل من زيارة إلى أفضل طبيب نفسى فى المدينة.. إنه كتاب ودّى وعملى وقراءته سهلة وممتعة إلى أقصى درجة..».

– Denver Post

«..نظرة مطلعة ومفيدة ومفعمة بالأمل للاكتئاب بلغة الإنسان العادى.. إن مؤهلات د. فلاك تضفى أهمية على آرائه وأفكاره الثاقبة».

– Publishers Weekly

«..مكتوب بلغة واضحة بقلم طبيب نفسى عملى حسن الاطلاع.. إن لديه الكثير من النصائح الواعية المقنعة ليقدمها لنا».

– Washington Post Book World

«..كتاب سهل القراءة وممتع وبسيط. إلاّ أنه لا يبالغ فى البساطة. ونوصى به بشدة».

– Library Journal

«شيق وممتع.. وآسر.. ورائع.. وسيكون مصدر ارتياح كبير لأى شخص تأثرت حياته بالاكتئاب».

ـ د. إيرفن آى. بلوز

– American Journal of Psychiatry

د. فريدريك فلاك طبيب نفسى ومؤلف يحظى بتقدير دولى، وتشمل كتبه التى حازت على الكثير من الثناء: *Putting the Pieces Together Again* و *A New Marriage* و *A New Life* و *Resilience* و *Rickie* و *The Secret Strength of Angels* و *Faith* و *Healing and Miracles*. وفى عام ١٩٩٦، منحه الاتحاد الوطنى للمرضى العقليين (NAMI) جائزة ماكسين مايسون. كما ظهر فى العديد من البرامج الإذاعية والتلفزيونية فى أرجاء الولايات المتحدة، بما فى ذلك *Today* و *Good Morning America* و *CBS This Morning* و *Good Day New York* و *Donahue*.

مساعدة الذات/علم النفس



